

Krankheitsbegriff und Risikoabdeckung in der gesetzlichen
Krankenversicherung - Entwicklung eines bedarfsgerechten
Leistungssystems

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der juristischen Doktorwürde

dem

Fachbereich Rechtswissenschaften
der Philipps-Universität zu Marburg

vorgelegt von

Friedrich W. Mathern

Assessor aus Sao Paulo/Brasilien

Marburg

1982

Druck von

Copier & Offset GmbH

in

Frankfurt am Main



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554029_0003

Krankheitsbegriff und Risikoabdeckung in der gesetzlichen
Krankenversicherung - Entwicklung eines bedarfsgerechten
Leistungssystems

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der juristischen Doktorwürde

dem

Fachbereich Rechtswissenschaften
der Philipps-Universität zu Marburg

vorgelegt von

Friedrich W. Mathern

Assessor aus Sao Paulo/Brasilien

Marburg

1982

Druck von

Copier & Offset GmbH

in

Frankfurt am Main

Als Dissertation von dem Fachbereich Rechtswissenschaften

angenommen am:

3. Februar 1982

Berichterstatter:

Professor Dr. Baltzer

Mitberichterstatter:

Professor Dr. Folz

Tag der mündlichen Prüfung:

8. Februar 1982



INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
Literaturverzeichnis	V
Einführung	1
Erster Teil:	
Der Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung	
1. Die Ansatzpunkte der Begriffsdiskussion	10
2. Der Krankheitsbegriff in Sprachgebrauch und Sprachwissenschaft	12
3. Der medizinische Krankheitsbegriff	15
3.0 Geschichte des Krankheitsbegriffs bis zum 20. Jahrhundert	16
3.0.1 Frühe Auffassungen - Fremdkörpertheorie, Dämonologie, religiöse Deutung -	17
3.0.2 Die naturwissenschaftlich orientierten Ansichten der Humoralpathologie und erste Gegenstimmen - griechische Heilkunde, chemische Auffassung, Krassenlehre; Methodiker, Iatrophysik -	18
3.0.3 Die geistig-immateriell orientierten Auffassungen - Pneumatiker, Animismus, Vitalismus, Reizlehre -	21
3.0.4 Entwicklung vom 17. Jahrhundert bis zum naturwissenschaftlichen Zeitalter - Nosologie, anatomisch-morphologische Richtung, parasitäre Theorie, mechanische Auffassung -	22
3.0.5 Entwicklung im naturwissenschaftlichen Zeitalter bis zum 20. Jahrhundert - Cellularpathologie, Infektionstheorie, Konditionalismus, Konstitutionspathologie -	24
3.1 Geschichte des Krankheitsbegriffs im 20. Jahrhundert	26
3.1.1 Entwicklung bis 1945 - Albrecht, Marchand, Rössle, Lenz, Ribbert, Lubarsch, Aschoff, Gruber -	27
3.1.2 Entwicklung von 1945 bis zur Gegenwart - Gräff, Hoff, Prokop, WHO, Dietrich, Gottschick, E. Müller, Sandritter, Eder/Gedik -	29
3.2 Prüfung der medizinischen Krankheitsbegriffe auf ihre Brauchbarkeit im Sozialversicherungsrecht	33

3.3	Zusammenfassung zu 3. - Unbrauchbarkeit der medizinischen Krankheits- definition für die GKV -	38
4.	Der versicherungsrechtliche Krankheitsbegriff der GKV	39
4.0	Geschichtliche Grundlagen des versicherungs- rechtlichen Krankheitsbegriffs	40
4.1	Gegenwärtiger Stand der Entwicklung des versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriffs	42
4.2	Kritik der in Rechtsprechung und Literatur herrschenden Auffassung	46
4.2.1	Grundsätzliche systematische Mängel der Begriffsformel	46
4.2.2	Inhaltliche Mängel der Begriffsformel	50
4.2.2.1	Der "regelwidrige Zustand" als Element der Begriffsformel	50
4.2.2.2	Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit als Elemente der Begriffsformel	53
4.2.3	Sprachliche Mängel der Begriffsformel	57
4.3	Zusammenfassung der Kritik	60
4.4	Entwicklung eines Krankheitsbegriffes anhand der Vorschriften der GKV	60
4.4.1	Der Krankheitsbegriff in §§ 181, 181 a, 182 RVO	62
4.4.2	Ergebnis der Begriffsbestimmung	70
4.5	Vergleich von herkömmlicher und entwickelter Begriffsformel	70
4.6	Auswirkungen der entwickelten Begriffsformel auf die Normen der GKV	73
4.7	Verwendbarkeit des alternativen Krankheitsbegriffs in der Renten- und in der Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung	79
4.8	Zusammenfassung zu 4.	80

Zweiter Teil:

Das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung

1.	Der Krankheitsbegriff als Anknüpfungspunkt des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung - bedarfsorientierte oder begriffsausgerichtete Leistungssystematik	82
2.	Entwicklung einer nach Leistungsbedürfnissen systematisierten Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung	88
2.0	Fälle objektiv feststellbarer Leistungsindikation - Krankheit -; gegenwärtige Regelung, Kritik und Änderungsvorschlag	89
2.1	Fälle objektiv indizierter Leistungsindikation - Krankheitsverdacht; Vorsorge -	92
2.1.0	Fälle konkret-individuell indizierter Leistungsindikation - Krankheitsverdacht hinsichtlich einer bestimmten Person -; gegenwärtige Regelung, Kritik und Änderungsvorschlag	94
2.1.1	Fälle statistisch-generell indizierter Leistungsindikation - Krankheitsfrüherkennung -; gegenwärtige Regelung, Kritik und Änderungsvorschlag	95
2.2	Maßnahmen zur Sicherung des Leistungserfolges - Nachsorge -; gegenwärtige Regelung, Kritik und Änderungsvorschlag	98
2.3	Maßnahmen zur Verhinderung des Leistungsfalles - gegenwärtige Regelung, Kritik und Änderungsvorschlag	100
2.4	Besondere Leistungsbedürfnisse	105
3.	Die finanzielle Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung - Einführung eines Eigenleistungsvorbehalts -	108
	Ergebnis der Arbeit	111

Literaturverzeichnis:

- | | |
|-----------------|---|
| Albrecht, Eugen | - "Krankheit"
in: Frankfurter Zeitschrift
für Pathologie 1907 S. 205 ff |
| Albrecht, Georg | - "Der Versicherungsfall
Geisteskrankheit"
in: Zentralblatt für
Sozialversicherung 1949 S. 165 ff |
| Albrecht, Georg | - "Die Bedeutung des Versicherungs-
falles für die Leistungen der
Krankenhilfe"
in: Die Sozialversicherung 1958
S. 138 ff |
| Albrecht, Georg | - "Krankheit als Versicherungsfall
der Krankenhilfe"
in: Wege zur Sozialversicherung
1962 S. 258 ff |
| Albrecht, Georg | - "Zum Begriff Krankheit im Sinne
der Krankenversicherung"
in: Die Sozialversicherung 1970
S. 260 ff |
| Albrecht, Georg | - "Der Begriff des Versicherungs-
falles der Krankheit in der
neueren Rechtsprechung des
Bundessozialgerichts"
in: Die Krankenversicherung 1973
S. 87 ff |

Albrecht, Georg

- "Zum versicherungsrechtlichen Begriff der Krankheit im Bereich der Kiefer und der Zähne"
in: Die Sozialversicherung 1975
S. 125 ff

Albrecht/Eisel/Fangmeyer/
Feldmann/Meck/Püllmann/
Otto

- Das Leistungsrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung;
Loseblattsammlung, Stand 1.1.1981,
12. Auflage, Essen
(zitiert: Albrecht/Eisel/
Fangmeyer Paragraph)

Arendt, Walter

- "Neue Chancen zur Gesundheits-
sicherung"
in: Die Krankenversicherung 1971
S. 165 ff = Die Ersatzkasse
1971 S. 340 ff

Aschoff, L.

- Pathologische Anatomie, ein Lehr-
buch für Studierende und Ärzte;
Erster Band: Allgemeine Ätiologie,
Allgemeine Pathologische Anatomie;
4. Auflage, Jena 1919

Baur, Erwin; Fischer, Eugen;
Lenz, Fritz

- Menschliche Erbliehkeitslehre
und Rassenhygiene, Band I:
Menschliche Erbliehkeitslehre;
3. vermehrte und verbesserte
Auflage, München 1927

Bieback, Karl -Jürgen

- "Zur Neubestimmung des Krank-
heitsbegriffs in der GKV"
in: Sozialer Fortschritt 1978
S. 265 ff

- Bley, Helmar
- Sozialrecht, ein Lehrbuch;
3. überarbeitete Auflage,
Frankfurt/Main 1980
- Boggs, Walter
- "Entwicklungstendenzen im
neueren Recht der gesetzlichen
Krankenversicherung"
in: Sozialpolitik, Ziele und Wege;
Köln 1974
- Borchert, G.
- "Nochmals: Zur nichtärztlichen
Heilbehandlung als Krankenpflege
nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO"
in: Die Betriebskrankenkasse 1980
S. 257 ff
- Boschke, Wolfram
- "Neue Aspekte zur Krankheits-
früherkennung"
in: Effektivität von Vorsorge- und
Früherkennungsuntersuchungen,
Behandlung von Mißbrauch und
Abhängigkeit - Bilanz und
Zukunft; Freie Vorträge;
Stuttgart 1979
- (herausgegeben von Prof. Dr. med.
Maria Blohmke und Dipl. Volkswirt
Wolfram Boschke)
- Bruckmann, Kurt
- Handbuch der Sozialversicherung;
Loseblattsammlung, Stand 15.4.1981,
Band I/1, Band II, Band III,
9. Auflage 1980 - inclusive 55.
Nachlieferung -, Sankt Augustin

Büchner, Franz

- Allgemeine Pathologie, Pathologie als Biologie und als Beitrag zur Lehre vom Menschen;
4. neubearbeitete und erweiterte Auflage, München - Berlin 1962

Büchner, F.; Christian, P.;
Diepgen, P.; Gruber G.B.;
v. Kress, H.; Müller, E.;
Portmann, A.; Schadewaldt, H.

- Handbuch der Allgemeinen Pathologie, Erster Band: Prolegomena einer Allgemeinen Pathologie;
Berlin - Heidelberg - New York 1969
(zitiert: Bearbeiter Handbuch)

Caesar, P.

- Sozialversicherung;
neu bearbeitete Auflage,
Stuttgart - Düsseldorf 1974

Dannecker, Franz J.

- Der Krankheitsbegriff im Arbeits- und Sozialversicherungsrecht;
Dissertation, München 1968

Diepgen, Paul

- "Krankheitswesen und Krankheitsursache in der spekulativen Pathologie des 19. Jahrhunderts"
in: Archiv für Geschichte der Medizin 1926 S. 302 ff

Doetsch, Werner

- Handbuch zum Sozialrecht;
Loseblattsammlung, Stand August 1981
Köln

Ecker, Walther

- "Wirklichkeitssinn, Zweckerreichung und Menschenbild in der Gesetzesinterpretation"
in: Die Sozialgerichtsbarkeit 1972
S. 461 ff

Eder, M.; Gedik, P.

- Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie und der Pathologischen Anatomie; 29. völlig neubearbeitete Auflage des Lehrbuches der Allgemeinen Pathologie und der Pathologischen Anatomie von H. Hamperl, Berlin - Heidelberg - New York 1974

Faude, Michael

- "Der Krankheitsbegriff der Gesetzlichen Krankenversicherung und die nach §§ 182, 184 RVO versicherten Risiken" in: Die Sozialgerichtsbarkeit 1978 S. 374 ff

Fischer, Winfried

- Begriffe der Sozialversicherung und aus angrenzenden Rechtsgebieten; 2. neubearbeitete Auflage, Bonn - Bad Godesberg 1970

Geißler, Heinz

- Die Sozialpolitik der Bundesregierung in der Wirtschafts- und Finanzkrise; Dokumentation unter besonderer Beachtung des neuen Rentenplans von Bundesarbeitsminister Walter Arendt, Bonn 1975

Gitter, Wolfgang

- "Zur Weiterentwicklung der Sozialversicherung" in: Soziale Sicherung durch soziales Recht, Festschrift für Peters, Stuttgart 1975

- Gottschick, J.
- "Der medizinische und der juristische (Gesundheits- und Krankheitsbegriff"
in: Ärztliche Mitteilungen 1963
S. 1246 ff
- Gräff, Siegfried
- Medizinische und pathologisch-anatomische Forschung und Lehre, Betrachtungsweisen und ihre Auswirkung in Arztum, Rechtspflege und Versicherungswesen;
Hamburg-Bergedorf 1949
(zitiert: Verfasser Forschung)
- Gräff, Siegfried
- Vorsorge und Heilbedürftigkeit ("Krankheit") als Rechtsbegriff der Sozialversicherung, ein Vorschlag zur Neuordnung der RVO (BVO);
Berlin 1953
(zitiert: Verfasser Heilbedürftigkeit)
- Grönig, Ursula
- "Der Begriff der Krankheit im Wandel"
in: Zeitschrift für Sozialreform 1963 S. 82 ff
- Grönig, Ursula
- "Der Wandel des Krankheitsbegriffes in Rechtsprechung und Gesetzgebung"
in: Deutsches Ärzteblatt 1974
S. 475 ff, 557 ff
- Gruber, Georg B.
- "Was ist Krankheit"
in: Wiener Klinische Wochenschrift 1941 S. 23 ff

- | | |
|---------------------------|---|
| Gruber, Georg B. | - Einführung in Geschichte und Geist der Medizin, ein Lehrbuch in Vorlesungen;
4. neubearbeitete Auflage, Stuttgart 1952 |
| Günther, Sven | - "Die Entwicklung des Krankheitsbegriffs in der Krankenversicherung"
in: Der Medizinische Sachverständige 1972 S. 44 ff |
| Hauck/Haines | - Sozialgesetzbuch SGB IV/1 - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, Kommentar, Loseblattsammlung, - Stand Juni 1979 -, Berlin |
| Hillebrand, W. | - "Der Krankheitsbegriff im Wandel der Zeit"
in: Die Krankenversicherung 1961 S. 312 ff |
| Hoernigk/Romann/Schroeter | - Krankenversicherung, Zweites Buch der RVO, Kommentar, Loseblattsammlung - Stand Mai 1979 -; Frankfurt am Main |
| Hoff, Ferdinand | - Klinische Physiologie und Pathologie;
5. völlig neubearbeitete Auflage, Stuttgart 1957 |
| Jäger, Carl H. | - Krankheit des Arbeitnehmers;
5. neubearbeitete und erweiterte Auflage, Freiburg 1975
(zitiert: Verfasser Krankheit) |

Jäger, Horst

- Einführung in die Sozialversicherung und die sonstigen Bereiche des Sozialgesetzbuches mit Schaubildern und Beispielen - Stand 1.7.1979;
7. Überarbeitete Auflage,
Berlin 1979
(zitiert: Verfasser Einführung)

Jäger, Horst

- Sozialversicherungsrecht und sonstige Bereiche des Sozialgesetzbuches, Leitfaden für Praxis und Ausbildung mit Schaubildern und Beispielen - Stand 1.7.1977 -;
8. Überarbeitete Auflage,
Berlin 1977
(zitiert: Verfasser Sozialversicherungsrecht)

Jahn, Kurt

- Allgemeine Sozialversicherungslehre;
2. vollständig neu bearbeitete Auflage, Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz 1980
(zitiert: Verfasser Sozialversicherungslehre)

Jantz - Finke

- Studienwerk der Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung;
Loseblattsammlung, Finke 1965 - Schmatz-Becher 1970,
Wiesbaden ab 1965
(zitiert: Bearbeiter Studienwerk)

Klaas, Josef

- "Die Arbeitsunfähigkeit der chronisch Kranken"
in: Die Betriebskrankenkasse 1962
S. 546 ff

- Klaas, Josef
- "Die Arbeitsunfähigkeit der chronisch Kranken - Erwiderung der Kritik von Töns"
in: Die Ortskrankenkasse 1963 s. 516 ff
- Krasney, Otto-Ernst
- "Zum Krankheitsbegriff in der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung"
in: Zeitschrift für Sozialreform 1976 S. 411 ff
- Krause/v. Maydell/Merten/Meydam
- Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung GK-SGB IV, Kommentar, 1. Auflage, Neowied/Darmstadt 1978 (zitiert: Verfasser in GK-SGB IV)
- Krauskopf, Dieter
- Soziale Krankenversicherung, Kommentar;
Loseblattsammlung - Stand Januar 1981 -, 2. Auflage, München
- Krehl, L.; Marchand, F.
- Handbuch der Allgemeinen Pathologie, Erster Band: Allgemeine Ätiologie; Leipzig 1908
- Kruse, Silke; Kruse, Udo
- "Wird unser Krankheitsbegriff der Wirklichkeit noch gerecht?"
in: Die Ortskrankenkasse 1973 S. 596 ff
- Kruse, Silke; Kruse, Udo
- "Kann die gesetzliche Krankenversicherung mehr für die Prävention tun?"
in: Die Sozialversicherung 1980 S. 295 ff

- Kruse, Uwe
- "Meinungen und Einstellungen der Bevölkerung zur GKV"
in: Die Krankenversicherung 1979
S. 131 ff
- Kudlien, Fridolf
- Der Beginn des medizinischen Denkens bei den Griechen, von Homer bis Hippokrates;
Zürich 1967
- Kühne, B.
- "Der Krankheitsbegriff des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung im neuen Rechtsdenken"
in: Die Arbeiterversorgung 1940
S. 310 ff
- Letterer, Erich
- Allgemeine Pathologie, Grundlagen und Probleme, ein Lehrbuch;
Stuttgart 1959
- v. Manger - Koenig, L.
- "Gesundheit und Krankheit in der Welt von morgen"
in: Vorträge, gehalten anlässlich der Hessischen Hochschulwoche 1968, 64. Band, 1969
- Marburger, Horst
- "Aktuelle Fragen aus der Sozialversicherung"
in: Zeitschrift für Sozialhilfe 1975 S. 203 ff
- v. Maydell, Bernd
- "Die arbeitsrechtliche Lohnsicherung im Krankheitsfall"
in: Der Betrieb 1973 Beilage 15
S. 1 ff

- | | |
|-----------------|--|
| Mergen, Armand | - Krankheit und Verbrechen;
München 1972 |
| Merten, Detlef | - "Die Vereinheitlichung des Sozial-
rechts und die Kodifikation des
Sozialgesetzbuches"
in: Vierteljahresschrift für
Sozialrecht 1974 S. 324 ff |
| Müller, Adolf | - "Weiterentwicklung der sozialen
Krankenversicherung"
in: Die Ersatzkasse 1975 S. 15 ff |
| Neef, Gottfried | - "Die Kölner Systematik der Krank-
heiten - ein Schritt voran"
in: Versicherungswirtschaft 1971
S. 98 ff |
| Neuhaus, Rolf | - "Krankenversicherung und Gesundheits-
sicherung; die Rolle der Krankenkassen
in der Prävention"
in: Die Krankenversicherung 1979
S. 116 ff |
| Peters, Horst | - "Ein Beitrag zum Begriff der Krankheit"
in: Die Ortskrankenkasse 1959 S. 462 ff
= Festschrift für Bogs, 1959 |
| Peters, Horst | - "Der Krankheitsbegriff in juristischer
Sicht"
in: Die Arbeiterversorgung 1962
S. 185 ff |

- Peters, Horst
- "80 Jahre gesetzliche Krankenversicherung"
 - in: Die Ortskrankenkasse 1963 S. 245 ff
- Peters, Horst
- "Krankenversicherung - wohin?"
 - in: Zeitschrift für Sozialreform 1974 S. 324 ff, 385 ff
- Peters, Horst
- "Komposition in Krankheit"
 - in: Zeitschrift für Sozialreform 1974 S. 521 ff
- Peters, Horst
- "Fortentwicklung und Krankenversicherung"
 - in: Grundlagen der Sozialversicherung, Festschrift für K. Brackmann, St. Augustin 1977
- Peters, Horst
- Handbuch der Krankenversicherung, Band II/1. Teil;
 - Loseblattsammlung, Stand Januar 1981, Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz
- Prokop, O.
- "Kurpfuscherei"
 - in Lehrbuch der gerichtlichen Medizin einschließlich der ärztlichen Rechtskunde und der Versicherungsmedizin von Albert Ponsold,
 - 2. neubearbeitete Auflage, Stuttgart 1957
- Psychrembel, Willibald
- Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen;
 - 253. erweiterte Auflage, Berlin - New York 1977

- | | |
|-----------------------|---|
| Quartier, Walter | - "Es geht um die Installation einer Gesamtversorgung"
in: Die Ersatzkasse 1978 S. 53 ff |
| Roeßler, Wilhelm | - "Der Krankheitsbegriff in sozialwissenschaftlicher Sicht"
in: Zeitschrift für Sozialreform 1976 S. 386 ff |
| Rozin, Heinrich | - Das Recht der Arbeiterversicherung, Erster Band;
Berlin 1893 |
| RVO - Gesamtkommentar | - RVO - Gesamtkommentar, Kommentar der Reichsversicherungsordnung; Loseblattsammlung,
Band I - Stand August 1981 -,
Band III - Stand November 1980 -, Wiesbaden |
| Sandritter, W. | - Allgemeine Pathologie, Lehrbuch für Studierende und Ärzte;
Stuttgart - New York 1974 |
| Schaper, Klaus | - "Selbstbeteiligung in der GKV?"
in: Soziale Sicherheit - Zeitschrift für Sozialpolitik 1981 S. 141 ff |
| Schimanski, Werner | - Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, ein Lehrbuch;
Berlin 1975 |
| Schirmer, Dieter | - "Nichtärztliche Psychotherapeuten - Rechtsfragen der Teilnahme an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung"
in: Die Betriebskrankenkasse 1978 S. 195 ff |

- | | |
|-----------------------------|---|
| Schönhofen, Franz | <ul style="list-style-type: none"> - "Die Struktur der Ausgaben im Gesundheitsbereich und ihre Entwicklung seit 1970" in: Die Ortskrankenkasse 1979 S. 426 ff |
| Schroeder-Printzen, Günther | <ul style="list-style-type: none"> - "25 Jahre Sozialgerichtsbarkeit - 25 Jahre Rechtsprechung zum Recht der gesetzlichen Krankenversicherung" in: Wege zur Sozialversicherung 1979 S. 129 ff |
| Schulin, Bertram | <ul style="list-style-type: none"> - Sozialversicherungsrecht, ein Studienbuch; Düsseldorf 1976 |
| Schwankhart, Franz | <ul style="list-style-type: none"> - "Besteht eine objektive Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit?" in: Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung 1973 S. 270 ff, 301 ff |
| Siewert, Joachim | <ul style="list-style-type: none"> - "Der Begriff des Versicherungsfalles der Krankheit bei Kieferanomalien nach der jüngsten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts" in: Die Krankenversicherung 1973 S. 154 ff |
| Sigerist, H.E. | <ul style="list-style-type: none"> - Krankheit und Zivilisation, Geschichte der Zerstörung der menschlichen Gesundheit; Frankfurt/Main - Berlin 1952 |

Sozialenquete

- Sozialenquete - Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozialenquete Kommission; Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz 1966
(zitiert: Berichterstatter Sozialenquete)

SpieImeyer, Günter

- "Zum Krankheitsbegriff der Sozialversicherung"
in: Die Ortskrankenkasse 1971
S. 836 ff

Stobbe, Alfred

- Volkswirtschaftslehre I
- Volkswirtschaftliches Rechnungswesen -;
Lehrbuch, 5. revidierte und erweiterte Auflage
Berlin - Heidelberg - New York 1980

Stollenwerk, Heinz Hermann

- "Die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1979"
in: Die Betriebskrankenkasse 1980 S. 174 ff

Stollenwerk, Heinz Hermann

- "Die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1980"
in: Die Krankenversicherung 1981
S. 157 ff

- Tennstedt, Florian
- "Quellen zur Geschichte der Sozialversicherung"
in: Zeitschrift für Sozialreform
1975 S. 225 ff, 358 ff, 422 ff
- Tervooren, F.
- "Zukunftsperspektiven der GKV: Weiterentwicklung oder totale Veränderung"
in: Die Krankenversicherung 1977
S. 289 ff
- Thiemeyer, Theo
- "Der Krankheitsbegriff und die Leistungsgrenzen der GKV"
in: Zeitschrift für Sozialreform
1976 S. 402 ff
- Töns, Hans
- "Der Krankengeldanspruch bei Berufsunfähigkeit und ähnlichen Dauerzuständen"
in: Die Ortskrankenkasse 1963
S. 305 ff, 330 ff, 353 ff
- Töns, Hans
- "Nochmals: Die Arbeitsunfähigkeit der chronisch Kranken"
in: Die Ortskrankenkasse 1963
S. 560 ff
- Töns, Hans
- "Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung"
in: Die Ortskrankenkasse 1968
S. 347 ff

- | | |
|-------------------|--|
| Töns, Hans | - Die wirtschaftliche Sicherung der Arbeitnehmer bei Arbeitsunfähigkeit; Loseblattsammlung, Stand August 1970, Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz 1970
(zitiert: Verfasser Wirtschaftliche Sicherung) |
| Töns, Hans | - "Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit als Anspruchsbestimmungen im Leistungswesen der gesetzlichen Krankenversicherung"
in: Grundlagen der Sozialversicherung, Festschrift für K. Brackmann, St. Augustin 1977 |
| Viefhues, Herbert | - "Der medizinische Krankheitsbegriff"
in: Zeitschrift für Sozialreform 1976 S. 394 ff |
| Wannagat, Georg | - Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, 1. Band;
Tübingen 1965 |
| Wannagat, Georg | - "Rechtsprechung und soziale Sicherheit"
in Sozialpolitik, Ziele und Wege, Köln 1974 |
| Wekol, Wolfgang | - "Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu Kieferorthopädiefällen"
in: Die Ortskrankenkasse 1973 S. 123 ff |

Werdermann, Ernst

- "Überblick über die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Recht der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung"
in: Der Betrieb 1975 Beilage 15 S. 1 ff

v. Woedtke, Erich

- Krankenversicherungsgesetz, ein Kommentar;
3. Auflage, Berlin - Leipzig 1886

Wörterbuch

- Wörterbuch der deutschen Gegenwartssprache, 3. Band, Deutsche Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Berlin 1969

v. Wulffen, Matthias

- "Das Bundessozialgericht und die Rechtsprechung zur Krankenversicherung; Darstellung und Besprechung bedeutsamer Entscheidungen aus 25 Jahren"
in: Die Betriebskrankenkasse 1979 S. 132 ff

Zum Geleit:

"Wenn die Begriffe nicht stimmen,
stimmen die Worte nicht.
Stimmen die Worte nicht,
kommen die Werke nicht zustande."

Kung-fu-tse (Konfuzius (entnommen aus
Jäger Begriffe, Vorwort))

"Neun Zehntel unseres Glücks beruhen
allein auf der Gesundheit. Mit ihr
wird alles eine Quelle des Genusses.
Hingegen ist ohne sie kein äußeres
Gut, welcher Art es auch sei,
genießbar.

Schopenhauer

E i n f ü h r u n g

Die Reichsversicherungsordnung umfaßt Krankenversicherung, Unfallversicherung und Rentenversicherung. Der Begriff Krankheit taucht in den Normen aller drei Versicherungsarten auf.

Die Krankenversicherung besteht nach § 165 RVO "für den Fall der Krankheit". In §§ 181, 181 a RVO werden Regelungen zur "Früherkennung von Krankheiten" getroffen; § 182 RVO gewährt Krankenpflege "vom Beginn der Krankheit an" sowie Krankengeld, wenn "die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht". Rechtsfolgen sind an die Dauer einer Krankheit geknüpft, § 183 RVO, oder daran, ob der Versicherte sich die Krankheit vorsätzlich zuzug, § 192 RVO.

Die Unfallversicherung betrifft Krankheit insofern, als nach § 551 RVO Berufskrankheiten als Arbeitsunfall gelten. Die für Arbeitsunfälle maßgebenden Vorschriften gelten nach § 551 Abs. III RVO für Berufskrankheiten entsprechend, der Versicherte hat also Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung nach §§ 547 ff RVO analog. Soweit der Versicherte Leistungen nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung erhält, entfallen gemäß § 565 RVO seine Ansprüche gegen die Unfallversicherung.

In der Rentenversicherung findet der Begriff Krankheit Verwendung als Bestandteil der Definition von Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit. Nach § 1246 Abs. II RVO ist berufsunfähig ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit "infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte" in einem bestimmten Ausmaße gemindert ist. Eine entsprechende Formulierung findet sich bei der Begriffsbestimmung der Erwerbsunfähigkeit in § 1247 Abs. II RVO. Liegt Berufsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit vor und hat der Versicherte die Wartezeit erfüllt, gewähren die vorgenannten Vorschriften ihm einen Anspruch auf Rentenzahlung.

Der Begriff der Krankheit ist somit in allen Versicherungsarten der Reichsversicherungsordnung als Tatbestandsmerkmal anspruchsgewährender Normen für die Leistungspflicht der Versicherer von Bedeutung. Gleichwohl enthält das Gesetz keine Legaldefinition von Krankheit im Sinne des Sozialversicherungsrechts.

Für Unfall- und Rentenversicherung erwachsen hieraus keine entscheidenden Probleme; ihre krankheitsbezogenen Normen bedürfen nicht notwendig einer abstrakten Krankheitsdefinition. In der Unfallversicherung gilt für die Berufskrankheiten das Enumerationsprinzip, so daß die dem Schutzbereich der Versicherung unterliegenden Lebenssachverhalte konkret festgelegt sind. Die Vorschriften der Rentenversicherung nennen gleichrangig mit Krankheit eine Reihe alternativer Zustände, welche zu Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit und damit einem Anspruch auf Rentenzahlung führen können. Die im Ergebnis interessierende Frage nach dem Leistungsanspruch des Versicherten läßt sich daher auch ohne eine exakte begriffliche Scheidung von Krankheit, Gebrechen, körperlicher oder geistiger Schwäche beantworten; die Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit ist durch die Einbeziehung bloßer Schwächezustände als gleichwertige Anspruchstatbestandsmerkmale in dem kritischen Grenzbereich weitgehend überflüssig.

Anderes gilt für die Krankenversicherung. Die leistungsrelevanten Fälle von "Krankheit" sind nicht abschließend aufgezählt, auch gibt es keine Möglichkeit des Ausweichens auf einen nach der Leistungssystematik gleichwertigen Katalog alternativer Zustände, innerhalb dessen eine Entscheidung - weil im Ergebnis irrelevant -, dahingestellt bleiben könnte. Die Krankenversicherung fordert für ihre Normanwendung eine eindeutige Aussage darüber, ob der Versicherte "krank" ist, oder nicht. Sie bedarf als für dieses Versicherungsrisiko einschlägiger Zweig der Sozialversicherung als einzige der drei Versicherungsarten unabdingbar einer Begriffsbestimmung von "Krankheit".

Rechtsprechung und Literatur haben sich mit dem Begriff der Krankheit in der Sozialversicherung konsequenterweise lediglich in Bezug auf die Krankenversicherung ausführlich beschäftigt, zumal die Reichsversicherungsordnung als Zusammenfassung selbständiger Sozialgesetze entstand, weswegen eine Kongruenz in der Gesetzessprache gleichlautender Begriffe nicht vorausgesetzt werden kann ¹⁾.

Solange die Krankenversicherung finanzielle Probleme nicht kannte, fehlte der Diskussion des Krankheitsbegriffs der aktuelle Bezug zu dem Leistungsangebot der Versicherer. Angesichts der Bereitschaft der Krankenkassen, freiwillige Mehrleistungen zu erbringen, und einer konkurrierenden Werbung um die Versicherten mit ständig verbesserten Leistungen konnte es müßig erscheinen, einzelne tatbestandsmerkmale von verpflichtenden Normen der Krankenversicherung einer eingehenderen Prüfung zu unterziehen; die aus der klageweisen Forderungsdurchsetzung entstehende Rechtsfortbildung durch die Sozialgerichte erfolgte dementsprechend auch nur in beschränktem Umfang.

Diese Situation hat sich in den letzten Jahren tendentiell gewandelt. Eine allgemein problematische wirtschaftliche Entwicklung, deren Ursachen hier dahinstehen mögen, hat zu geringeren Wachstumsraten der Wirtschaft bei einem beträchtlichen Anstieg der Arbeitslosenquote geführt, was wiederum eine Verschlechterung der Finanzlage

¹⁾ Töns, Die Ortskrankenkasse 1968 S. 347; zur Entstehungsgeschichte Finke Studienwerk A2 S. 9 ff (13, 14); Schmatz-Becher Studienwerk B1 S. 2 ff; Jahn Sozialversicherungslehre S. 162 ff (165); Wannagat Sozialversicherungsrecht S. 76; Brackmann I/1 S. 91 ff; Peters, Zeitschrift für Sozialreform 1974 S. 324, 325. Eine "moderne Geschichte der Sozialversicherung" (als Gesamtwerk) fehlt allerdings nach Tennstedt, Zeitschrift für Sozialreform 1975 S. 225 ff mit einer Zusammenstellung einzelner Quellen, fortgesetzt ebenda S. 358 ff, 422 ff.

der Sozialversicherungsträger zur Folge hatte. Hierzu trat im Bereich der Krankenversicherung eine erhebliche Steigerung der Kosten für Arzneimittel und medizinische Dienstleistungen mit der Folge entsprechend höherer Ausgaben pro Leistungsfall. Insbesondere bemerkbar machte sich darüber hinaus die verstärkte Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten, das heißt die steigende Zahl der Leistungsfälle ¹⁾; eine Entwicklung, die ehemals begrüßt und gefördert unter dem Schlagwort "verstärktes Gesundheitsbewußtsein" heute abwertend als Anspruchsdenken der Versicherten charakterisiert wird.

Das Zusammentreffen dieser Umstände stellt die Krankenkassen heute und auf absehbare Zeit vor ernsthafte finanzielle Schwierigkeiten. Nach §§ 385 Abs. 1 RVO, 21 SGB IV sind sie gehalten, die Versicherungsbeiträge an den Ausgaben zu orientieren; angesichts der bereits erreichten Beitragshöhe erscheint eine weitere Anhebung jedoch allenfalls in engen Grenzen vertretbar. Dauert die bestehende Tendenz an, so bieten Beitragserhöhungen ohnehin keinen für die Zukunft gangbaren Lösungsweg, solange die Kosten ungleich schneller steigen als die zur Deckung heranziehbaren Einkommen der Versicherten.

1) Statistische Daten hierzu finden sich bei Stollenwerk, Die Krankenversicherung 1981 S. 157 ff, vergl. auch die Fundstellen der folgenden Anmerkung.

Maßnahmen zur Verringerung der Ausgaben, wie das Kostendämpfungsgesetz, oder Apelle an die Arzneimittelhersteller und die Kassenärzte zu maßvollen Preis- beziehungsweise Gebührenforderungen, zeigten bislang keine entscheidende Wirkung ¹⁾.

Inzwischen nimmt der Druck auf denjenigen Versicherten zu, der durch Inanspruchnahme von Leistungen Kosten verursacht; in jüngerer Zeit diskutiert wurde erneut eine Eigenbeteiligung der Versicherten an den Kosten, um sie von der Beanspruchung von Ersatzleistungen in geringer Höhe abzuhalten und so mit

1) Zahlenmaterial zur finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung bei Stollenwerk. Die Betriebskrankenkasse 1980 S. 174 ff, sowie im Statistischen Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1981 S. 390 ff. Die wiederholt anzutreffende Auffassung, das Kostendämpfungsgesetz von 1977 sei erfolgreich gewesen - so z.B. Stollenwerk a.a.O. und insbesondere der Bericht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung Mai 1980 an das Bundeskabinett, abgedruckt in Die Krankenversicherung 1980 S. 129 ff -, scheint nicht ganz frei von parteipolitischen Präjudizien ihrer Vertreter; daß keine grundlegende Sanierung der Finanzen erreicht wurde zeigt schon die Notwendigkeit der neuerlichen Diskussion über die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, vgl. hierzu auch Krüger-Hemmer nach Sozialer Fortschritt 1980 S. 142, sowie der von SPD/FDP im Herbst 1981 als Bundestagsdrucksache 9/7 98 vorgelegte "Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung", in dem eine "Ergänzung" und "Wirksamkeitsverbesserung" durch eine Erhöhung der Verordnungsblattgebühr, Leistungsbeschränkungen im Bereich der Zahnerkrankungen und weitere Leistungskürzungen vorgesehen ist.

dem Anspruchsniveau zusammen die Ausgaben zu senken¹⁾. Die Tendenz zur Leistungsbeschränkung ist dem Finanzierungsproblem der Krankenkassen immanent.

Unter diesen Umständen besteht die Gefahr, daß der Versuch, die Versicherungskosten einzudämmen, sich in einer restriktiven Praxis der Leistungsbewilligung - und zwar einschließlich der Regelleistungen - niederschlägt²⁾, das heißt, die Versicherungsträger versuchen, die ständig höher werdenden Ausgaben nicht nur durch eine Verbilligung der einzelnen Leistungen (Kostendämpfung) sondern auch durch eine durch Deckungsverweigerung angestrebte Verringerung der Leistungsfälle (Kostenabwälzung auf den Versicherten im Versicherungsfall) zu senken. Hiermit bekommt die Diskussion

1) Ein Beispiel für Bedeutung und Umfang der öffentlichen Diskussion war ein Artikel in Heft 38/80 der bundesweit vertriebenen Illustrierten NÖR ZU, die in einer Auflage von 3,5 Mio. Exemplaren erscheint; in dem Artikel wurde unter dem Titel "Gehst du zum Arzt - nimm Bargeld mit" die Haltung der Ärzte, ihrer Organisationen, der Krankenkassen und der Politiker in der Selbstbeteiligungsdiskussion wiedergegeben (S. 145, 146). Zu den grundsätzlich an eine Selbstbeteiligung geknüpften Erwartungen und den damit verbundenen Problemen vgl. W. Schreiber Sozialenquete S. 217 ff, sowie Schaper, Soziale Sicherheit 1981 S. 141 ff; es geht hierbei um eine echte Kostenbeteiligung, die nicht mit der bereits eingeführten Verordnungsblattgebühr - zu dieser Doetsch Handbuch Gruppe 3 S. 151 ff - verwechselt werden darf.

2) Ein restriktiver Trend läßt sich teilweise auch schon in der höchstgerichtlichen Rechtsprechung feststellen, siehe von Wulffen, Die Betriebskrankenkasse 1979 S. 132 ff (136 ff, 140).

des Krankheitsbegriffs als Tatbestandsmerkmal der Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährenden Normen eine neue Qualität und Perspektive.

Eine Definition von Krankheit kann und soll dem Versicherten keinen unmittelbaren Leistungsanspruch gewährleisten. Müssen nach der gesetzlichen Regelung über das Vorliegen von Krankheit hinaus weitere Tatbestandsmerkmale erfüllt sein, um einen Anspruch des Versicherten zu bejahen - etwa mangelndes Eigenverschulden oder eine finanziell nicht nur völlig unbedeutende Belastung des Versicherten -, so läßt sich ein Leistungsanspruch, falls man ihn in solchen Fällen für wünschenswert hält, nicht durch die Verwendung eines bestimmten Krankheitsbegriffs sondern allein in dem hierfür vorgesehenen Gesetzgebungsverfahren schaffen. Es gilt jedoch, Krankheit als Anspruchsvoraussetzung begrifflich so exakt zu erfassen, daß eine zuverlässige Prüfung des Sachverhaltes auf dieses Leistungstatbestandsmerkmal hin sowohl der Versicherung wie dem Versicherten und nicht zuletzt auch den Sozialgerichten möglich wird. Nur in diesem Falle kann nämlich davon ausgegangen werden, daß nicht im Zuge einer restriktiven Praxis der Leistungsbewilligung dem Versicherten auch im Krankheitsfalle eine Leistung mit der Begründung versagt wird, es läge gar keine Krankheit vor.

Die Gefahr einer solchen nicht vereinzelten - Streitfälle wird es in der Praxis immer geben - sondern systematischen Manipulation ist umso größer, ihr entgegenzutreten umso notwendiger, als es sich bei dem Problem der Auflösung des Widerspruchs zwischen den Forderungen der Versicherten und deren Finanzierbarkeit um eine politische Frage handelt. Die Befürchtung liegt nahe, daß eine sachgerechte Regelung des Problems von Seiten der politisch Verantwortlichen mit Rücksicht auf den großen Kreis

von etwaigen unpopulären Maßnahmen Betroffener nicht zu erwarten ist ¹⁾; an die seit Jahren andauernde Diskussion der politischen Parteien über Sicherheit und Bezugsgröße der Renten und die hierdurch ausgelöste Sensibilisierung der Öffentlichkeit in dieser Frage sei in dem Zusammenhang erinnert.

Die Erörterung des Krankheitsbegriffs steht nach dem oben Ausgeführten unter der Perspektive des Leistungsangebotes für die Versicherten. Der damit angesprochene Bereich der Risikoabdeckung wird alleine durch eine begriffliche Fassung von Krankheit keineswegs problemlos.

Die Definition des Krankheitsbegriffs als Bestimmung des nach § 165 RVD versicherten Lebensrisikos ist vielmehr grundlegende Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit dem weiterführenden, durch keine Krankheitsdefinition zu lösenden Problem, inwieweit einer Orientierung der Versicherung an dem Begriff der Krankheit generell zuzustimmen ist. Die Frage, ob sich die im Rahmen des gesellschaftlich-politisch Gewollten optimale Versorgung der Versicherten durch eine Ausrichtung der Versicherung an dem Begriff der Krankheit aus heutiger Sicht noch erreichen läßt, schließt sich an die Begriffsbestimmung von Krankheit notwendigerweise an, betrachtet man das Problem der Risikoabsicherung so wie es sich den betroffenen Versicherten darstellt als einheitliches Ganzes. Die Richtung dieser Diskussion ist durch die Entwicklung der Krankenversicherung seit ihrer Begründung durch eine ständige Verbreiterung des Leistungsangebotes der Versicherer vorgegeben. Es wird, provokativ formuliert,

1) Erhebungen mehrerer, von der Bundesregierung beauftragter Meinungsforschungsinstitute Mitte 1975 zufolge nimmt hinter einer stabilen Wirtschaftsordnung das Ziel "soziale Einrichtungen" mit 82 % vor stabilen Preisen, Sicherheit des Arbeitsplatzes und anderen - auch nationalen - Interessen den zweiten Platz in der politischen Rangskala der Bürger ein, siehe Geißler S. 1 Anmerkung 1.

zu prüfen sein, ob nicht der Krankheitsbegriff als Inhaltsbestimmung des versicherten Lebensrisikos durch den Begriff der Gesundheit abgelöst werden müßte oder gar in der Praxis bereits abgelöst worden ist.

Unabhängig von dem begrifflichen Ausgangspunkt der versicherungsrechtlichen Absicherung des Lebensrisikos, das einstweilen der bestehenden gesetzlichen Regelung folgend ungeachtet der noch ausstehenden inhaltlichen Definition weiter als Krankheit bezeichnet werden soll, kann eine jede versicherungsrechtliche Regelung das Ziel einer optimalen Versorgung der Versicherten nur dann erreichen, wenn eine systematische Abdeckung des versicherten Risikos erfolgt. Zu einer Auseinandersetzung mit der Risikoabsicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gehört daher zum einen die Prüfung, ob die bestehenden Leistungstatbestände entsprechend dem von der Versicherung erfaßten Leistungsbedarf der Versicherten gegliedert sind; erst eine solche Gliederung ermöglicht nämlich im Rahmen eines planbaren, sinnvollen Gesamtkonzeptes die bestmögliche Risikoabsicherung. Zum anderen ist schließlich zu untersuchen, ob durch die versicherungsrechtlichen Anspruchsnormen tatsächlich die gewünschte Absicherung der Versicherten gewährleistet ist.

Erster Teil:

Der Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung

1. Die Ansatzpunkte der Begriffsdiskussion

Nach der gegenwärtig in Rechtsprechung und Literatur völlig herrschenden Auffassung ist der Begriff Krankheit für die gesetzliche Krankenversicherung zu definieren als "ein regelwidriger Zustand des Körpers, des Geistes oder der Seele, welcher Heilbehandlung erfordert oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat" ¹⁾.

- 1) BSG in BSGE 13, 134 ff (136); 19, 179 ff (181); 26, 240 ff (242); 26 288 ff (289); 28, 114 ff (115); 30, 9 ff (10); 30, 202 ff (203); 35, 10 ff (12); 48, 258 ff (265); Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-2-; Krauskopf § 182 Anm. 2.1; Brackmann II S. 383; Bley C III 2 b (S. 154); H. Jäger Sozialversicherungsrecht S. 62; Schimanski S. 26, 27; Wannagat Sozialpolitik S. 377; Töns, Die Ortskrankenkasse 1963 S. 561; Spielmeier, Die Ortskrankenkasse 1971 S. 836; Schröder-Printzen, Wege zur Sozialversicherung 1979 S. 137; Hoernigk/Romann/Schroeter § 182 Anm. 4; W. Fischer Begriffe S. 129 und G. Albrecht, Die Sozialversicherung 1975 S. 126 (...Körper- oder Geisteszustand...); undeutlich Gesamtkommentar § 182 Anm. 5, der einerseits auf die herrschende Meinung verweist, andererseits nur Auszüge der Begriffsformel zitiert; in freier, aber sachlich gleicher Formulierung Doetsch Handbuch Gruppe 3 S. 136 ff; für das Lohnfortzahlungsgesetz "in Anlehnung an den sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff" von Maydell, Der Betrieb 1973 Beilage 15 S. 4 "ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der in der Notwendigkeit der Krankenpflege oder in Arbeitsunfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt"; anderer Ansicht: Bieback, Sozialer Fortschritt 1978 S. 271: "Krankheit ist die Beeinträchtigung des körperlichen, geistigen und seelischen Befindens, die fachkundiger Behandlung bedarf oder - zugleich oder ausschließlich - Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat" sowie Faude, Die Sozialgerichtsbarkeit 1978 S. 374 ff, der unter Krankheit im Falle der Krankenpflege Behandlungsbedürftigkeit versteht, im Falle von Krankengeldansprüchen regelwidrigkeits- oder behandlungsbedürftigkeitsbedingte Arbeitsunfähigkeit.

Bei dieser Begriffsformel handelt es sich um eine juristische Zweckschöpfung, einen Kunstbegriff ¹⁾, woraus sich erste grundsätzliche Bedenken gegen ihre Berechtigung ergeben. Wendet man die von dem Bundesverfassungsgericht für die Normauslegung herangezogenen Grundsätze ²⁾ analog auf die Definition in Normen auftauchender Begriffe an, so ist bei der Begriffsbestimmung in erster Linie von einem "grammatischen" Verständnis des Wortinhaltes, das heißt dem natürlichen Sprachinhalt auszugehen. Dem entspricht auch die richterliche Übung, in Rechtsstreitigkeiten, in denen es auf die Bedeutung einzelner Worte ankommt, auf die Verkehrsauffassung von deren Inhalt zurückzugreifen. Für das Gebiet des Sozialrechts kann nichts anderes gelten. Vor der Auseinandersetzung mit einer juristischen Krankheitsdefinition ist daher zu untersuchen, ob es einer solchen fachbezogenen Begriffsbestimmung überhaupt bedarf. Sie ist abzulehnen, wenn Sprachgebrauch oder Sprachwissenschaft eine ausreichende Bestimmung des Begriffsinhaltes von Krankheit zur Verfügung stellen.

Als "systematischer" Aspekt der Begriffsbestimmung von Krankheit ebenso als einer juristischen Definition vorrangig zu betrachten ist die Möglichkeit einer medizinwissenschaftlichen Krankheitsdefinition. Erst wenn weder die Sprache selbst, noch die Medizin als dem Begriff der Krankheit fachlich eng verbundene und damit für seine Inhaltsbestimmung an erster Stelle zuständige Wissenschaft den Begriffsinhalt von Krankheit konkret zu bestimmen vermögen, rechtfertigt sich die Verwendung eines juristischen Fachbegriffs ³⁾.

¹⁾ Brackmann II S. 384; Gesamtkommentar § 182 Anm. 5; Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-1-; Jäger Krankheit § 2 spricht insoweit undeutlich von einer "medizinischen Definition" im "krankenversicherungsrechtlichen Sinne".

²⁾ Bundesverfassungsgericht in BVerfGE 11, 130 ff.

³⁾ Ebenso Gräff Forschung S. 239.

Erweist es sich als gerechtfertigt, auf einen juristischen Kunstbegriff zurückzugreifen - wie es die herrschende Auffassung tut -, so schließt sich als zweite Frage an, ob die gefundene Zweckschöpfung einer logisch einwandfreien Entwicklung entstammt und inhaltlich ihrem Zweck gerecht wird. Dies bedeutet eine teleologische Diskussion der Begriffsformel ¹⁾.

2. Der Krankheitsbegriff in Sprachgebrauch und Sprachwissenschaft

Das Wort Krankheit gehört zu dem Grundwortschatz unserer Sprache, in zahlreichen Wortverbindungen wie Krankheitserreger, Krankheitsbild, Krankheitsverlauf, Krankheitszeichen etc. findet es Verwendung. Grundsätzlicher Ausgangspunkt des Begriffsinhaltes ist die negativ bewertete Abweichung von Lebensvorgängen im menschlichen, tierischen oder pflanzlichen Bereich von einem Zustand oder Geschehensablauf, der als Nichtkranksein betrachtet wird; in enzyklopädischen Lexika findet sich der Hinweis auf Gesundheit als komplementäres - inhaltlich korrelates - Stichwort ²⁾. Im einzelnen erscheint die Verwendung des Wortes Krankheit in der Umgangssprache jedoch uneinheitlich und teilweise willkürlich.

Von Krankheit spricht man einmal nur bei einem Lebenssachverhalt, der als nicht nur von geringfügiger Bedeutung gewertet wird. Wer eine Grippe hat, ist krank, dem Verschnupften geht es eben einmal nicht so gut. Wer sich den Fuß gebrochen hat, ist krank, wer sich ihn nur verstauchte nicht. Nach welchem Maßstab aber ist die Grenze dessen zu ermitteln, was schon Krankheit oder noch nicht Krankheit ist? Der Schnupfen dehnt sich auf die Nebenhöhlen aus und beeinträchtigt über das bloße

¹⁾ Ähnlich geht Roessler, Zeitschrift für Sozialreform 1976 S. 387 vor, der dies allerdings nicht für systematisch zwingend zu halten scheint, sondern lediglich für "hilfreich und fruchtbar" erklärt.

²⁾ Brockhaus Enzyklopädie in 20 Bänden, 17. Auflage 1970, Band 10 S. 592; Meyers Enzyklopädisches Lexikon in 25 Bänden, 9. Auflage 1975, Band 14 S. 302.

Wohlempfinden des Verschnupften hinaus dessen geistige Aufnahme-fähigkeit; beim Umknicken des Fußes zieht sich der Betroffene eine schwere Bänderdehnung zu, so daß der Fuß kurzzeitig ruhig gestellt werden muß - sind dies jetzt Fälle von Krankheit geworden? Anschaulich zeigt sich das Problem auch im Vergleich des Wertmaßstabes mit der exakten Messung eines Fieberthermometers: beginnt Krankheit bei 0,1 Grad über der normalen Körpertemperatur, bei 1,0 Grad, dazwischen oder möglicherweise darüber?

Weiterhin spielt die Wirkung der fraglichen Umstände auf den üblichen Tagesablauf des von ihnen Betroffenen und damit in aller Regel auf seine Fähigkeit zur Berufsausübung eine gewisse Rolle. Im Falle einer aus medizinischer Sicht gleichrangigen Bänderdehnung am Fuße wird man beispielsweise die Schreibkraft, die den Tag sitzend im Büro verbringt, wohl weniger bereitwillig als krank bezeichnen, als einen Kellner oder Botenjungen. Den verschnupften Pförtner wird man selbstverständlich an seiner Arbeitsstelle erwarten; die gleich verschnupfte Arbeiterin, die in spezieller Kleidung in staubfreien Räumen Computerbauteile fertigt, wird eher damit rechnen dürfen, als wegen Krankheit entschuldigt zu gelten.

Unklar erscheint ferner, welche objektiven oder subjektiven Komponenten einem Lebenssachverhalt nicht abgehen dürfen, um ihn umgangssprachlich als Krankheit bezeichnen zu können. Wie krank ist der eingebil-dete Kranke - wobei sich wiederum die Frage stellt, ob hier zwischen einem "Spleen" und regel-rechten Wahnvorstellungen nicht ein möglicherweise entscheidender Unterschied besteht? Ist der Zustand des seine übermäßige Herzbelastung durch Übergewicht bei vollem Wohlempfinden ignorierenden Epikureers als Krankheit zu bezeichnen?

Die aufgeworfenen Fragen lassen sich aus der umgangssprachlichen Verwendung des Wortes Krankheit heraus nicht beantworten.

Die einzelnen Erscheinungsformen des seinen Typs nach zu bestimmenden Lebenssachverhaltes erweisen sich als zu vielfältig für eine Definition des Krankheitsbegriffes aus dem allgemeinen Sprachgebrauch heraus ¹⁾. Da der korrelierte Begriff Gesundheit eben dieser Wechselbeziehung wegen auf die gleichen Definitionsschwierigkeiten stoßen muß, erübrigt sich der Versuch einer Begriffsbestimmung durch eine Negativdefinition von Krankheit als Summe der Zustände, die umgangssprachlich nicht als Gesundheit bezeichnet werden.

Die sprachwissenschaftliche Bestimmung des Begriffsinhaltes von Krankheit stößt auf ähnliche Schwierigkeiten.

Das Institut für deutsche Sprache und Literatur der Deutschen Akademie der Wissenschaften zu Berlin beschreibt Krankheit als "zeitweilige Störung der normalen Funktion eines Organismus, eines Organs; das Kranksein" ²⁾. Der Sprachduden definiert Krankheit als "körperliche, geistige oder seelische Störung mehr oder weniger schwerwiegender Art, die an bestimmten Symptomen erkennbar ist; Zeit des Krankseins" ³⁾.

Gemeinsam ist diesen Definitionen das Ausgehen von einem Status des - objektiven - Nichtkrankseins, der in einem Fall als normales Funktionieren eines Organismus oder Organs, im anderen durch die Abwesenheit von Krankheitssymptomen gekennzeichnet wird. Letzteres enthält den logischen Schluß, Krankheit sei, was als Krankheit erkannt werden könne; man mag dies als erkenntnistheoretisches Prinzip für richtig halten ⁴⁾. Für die Frage des

1) Letterer S. 20; Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-1-; Albrecht, Die Sozialversicherung 1970 S. 260; Merten, Vierteljahresschrift für Sozialrecht 1974 S. 333.

2) Wörterbuch der deutschen Gegenwartssprache 3. Band S. 2220.

3) Duden, Wörterbuch der deutschen Sprache in 6 Bänden, 1970, Band 4 S. 1572.

4) Aus philosophischer Sicht bestehen gegen eine solche Auffassung gewichtige Bedenken; eine gegenteilige Ansicht vertreten immerhin Kant und Schopenhauer.

Begriffsinhaltes selbst läßt sich dem jedoch nichts entnehmen, da es an der näheren Bestimmung der Krankheitssymptome mangelt. Das Abstellen auf das normale oder gestörte Funktionieren eines Organismus oder Organs vermag nicht zu überzeugen. Einmal bleibt offen, ob es sich bei der normalen Funktion um die im konkreten Fall üblicherweise vorzufindende oder eine an einem abstrakten Standard gemessene Funktion handelt. Zum anderen lassen sich geistige und seelische Krankheiten, deren Einordnung unter den Begriff der Krankheit sprachlich wie medizinisch absolut anerkannt ist, in dieses Begriffsbild nicht einfügen ¹⁾.

Die entscheidende Frage, welches Ausmaß eine "Störung" erreichen muß, um als Krankheit klassifiziert werden zu können, lassen beide Definitionen offen.

Die Bestimmung des Begriffsinhaltes von Krankheit unter Rückgriff auf den allgemeinen Sprachgebrauch und die Sprachwissenschaft mit einer für gesetzliche Regelungen ausreichenden Exaktheit erweist sich damit als unmöglich.

3. Der medizinische Krankheitsbegriff

Die systematische Methode der Normauslegung stellt die auszuliegende Vorschrift in den Zusammenhang des sie enthaltenden Gesetzes und erschließt derart weiterführende Gesichtspunkte. Ein in diesem Sinne systematisches Verfahren läßt sich auf die Definition von Begriffen nicht anwenden. Der Begriffsinhalt ist der Begriffsverwendung gedanklich vorgelagert, ihm kommt Priorität zu.

Ein quasisystematischer Aspekt der Definition von Krankheit ergibt sich aber aus dem engen Sachbezug des betroffenen Lebens-

¹⁾ Nach medizinischer Betrachtungsweise greift diese Definition auf überholtes Gedankengut aus dem 17. und 18. Jahrhundert zurück, siehe dazu unten Erster Teil 3.0.4.

bereiches zu dem Fachgebiet Medizin. Dieser Bezug besteht in zweierlei Hinsicht: zum einen handelt es sich bei dem Phänomen Krankheit um einen zentralen Gegenstand der Medizinwissenschaft, weswegen der Mediziner ja allgemein für die Feststellung des Vorliegens von Krankheit als kompetent gilt; zum anderen befinden eben daher Mediziner als Kassenärzte konkret über die Krankheit eines Versicherten im Einzelfall. Letzteres hat zur Folge, daß ein medizinischer Krankheitsbegriff auch aus praktischen Gründen, nämlich als anwenderorientiert und damit gebrauchssicher, zu begrüßen wäre ¹⁾.

3.0 Geschichte des Krankheitsbegriffs bis zum 20. Jahrhundert

Die geschichtliche Entwicklung des medizinischen Krankheitsbegriffs verdient Beachtung über das zum Verständnis des derzeitigen Meinungsstandes in der Medizin notwendige Maß hinaus ²⁾. Sie gibt durch den Rückschluß von der Fehlentwicklung auf das positive Gegenstück konkrete Anhaltspunkte für die Begriffsfindung, weist die Unbrauchbarkeit einiger auch für die Gegenwart denkbaren Lösungssätze nach und führt nicht zuletzt mit ihrer Vielfalt einwandbehafteter Definitionsversuche die Notwendigkeit und die Aspekte einer kritischen Prüfung der eigenen Gedanken klar vor Augen. Aus diesen Gründen soll im folgenden auch auf die Entwicklung des Krankheitsbegriffs von den Anfängen bis zum 20. Jahrhundert eingegangen werden. Der medizinische Krankheitsbegriff entwickelte sich dabei in der Geschichte im zeitlichen Nebeneinander verschiedener

1) Die Bedeutung des Kassenarztes für die gesetzliche Krankenversicherung betont in jüngerer Zeit erneut das BSG, BSCE 48, 258 ff (260 ff).

2) Nach Hoff S. 4 "enthält jede der geschichtlich bedeutsam gewesenen Krankheitslehren ihre bleibende Wahrheit, die auch für uns gültig ist", wenn man den "zeitlos echten Kern" der zeitgebundenen einseitigen dogmatischen Form entkleidet; ähnlich auch Sandritter S. 3.

Auffassungen, so daß das Auftauchen eines anderen Krankheitsbegriffs nicht immer das eines neuen, das Auftauchen eines neuen nicht unbedingt den Ersatz des vorherigen Begriffs bedeutet ¹⁾.

3.0.1 Frühe Auffassungen

- Fremdkörpertheorie, Dämonologie, religiöse Auffassung -

Die Geschichte des Krankheitsbegriffs nimmt ihren Anfang in der dem gegenständlichen Denken des frühkulturellen Menschen entsprechenden Fremdkörpertheorie, wonach Krankheit Folge des Eindringens äußerer Störfaktoren in den menschlichen Organismus war; Caries beispielsweise galt bis in das 18. Jahrhundert als durch Würmer ausgelöst, wobei diese Vorstellung bis in die Zeit der babylonischen Medizin zurückverfolgt werden kann ²⁾. Dem Wesen nach legte diese Auffassung die Betonung auf die Funktionseinschränkung. Der wenig reflektierten, praktisch orientierten Vorstellungswelt entsprechend war eine begriffliche Fassung von Gesundheit kaum vorhanden ³⁾.

Es folgten Dämonologie und eine erste Form des Animismus, der Wandel vom natürlich-gegenständlichen Krankheitserreger zur Besessenheit des Kranken durch einen Dämon oder eine krankheitsbeherrschende magische Kraft ⁴⁾; hierher gehört die Vorstellung vom "Hexenschuß" ⁵⁾. Auf der nächsthöheren Kulturstufe entwickelte sich die Einschätzung der Krankheit als Strafe, Prüfung, Läuterung o.ä. durch eine Gottheit ⁶⁾.

1) Vergleiche Letterer S. 3, 4; Hoff S. 4; zum berechtigten sprachlichen Nebeneinander verschiedener Krankheitsbegriffe Gräff Heilbedürftigkeit S. 35 sowie Mergen S. 14.

2) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 3, 4.

3) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch a.a.O.

4) Vergleiche Letterer S. 3.

5) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 4; weitere Beispiele bei Hoff S. 1.

6) Hierfür wie zum folgenden siehe Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 4 ff.

Den frühen Auffassungen gemeinsam ist das Fehlen eines generellen Krankheitsverständnisses; nicht Krankheit, sondern die einzelnen Krankheiten waren Gegenstand der frühen Betrachtungen. Auszunehmen hiervon sind die altindische Krankheitslehre und die altchinesische, auf der Störung von Yang und Yin als männlichem und weiblichem Prinzip beruhende, d.h. im Harmoniedenken wurzelnde Auffassung, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

3.0.2 Die naturwissenschaftlich orientierten Ansichten der Humoralpathologie und erste Gegenstimmen - griechische Heilkunde, chemische Auffassung, Krasenlehre; Methodiker, Iatrophysik -

Die eigentliche Krankheitstheorie als Auseinandersetzung mit dem Phänomen Krankheit aus medizinischer Sicht hat ihren Ursprung im Denken der griechischen Arztphilosophen des hippokratischen Zeitalters um 450 - 300 v. Chr. ¹⁾. Es basiert auf von transzendentelem Denken freien, naturwissenschaftlich orientierten Vorstellungen, nach welchen in der Aufgabe früherer in der Annahme eines einheitlichen Urstoffes bestehenden Ansichten ²⁾, die Harmonie und das Gleichgewicht der Kräfte im Zusammenspiel von Blut, Schleim, gelber und schwarzer Galle Voraussetzung für die Gesundheit des Menschen waren ³⁾; die Störung dieses Gleichklanges bedeutete Krankheit ⁴⁾. Krankheit wurde dabei nicht als Zustand betrachtet sondern als normwidriger Lebensvorgang, der den ganzen Menschen betraf und in seinem Verlauf von individuellen Faktoren abhing ⁵⁾. Im übrigen galt die Behandlung eines nicht mehr zur Harmonie rückführbaren, also hoffnungslos Kranken bei den griechischen Ärzten als sinnlos und unethisch ⁶⁾.

1) Büchner S. 14; Letterer S. 3.

2) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 8.

3) Hoff S. 1; Sandritter S. 3, 4.

4) Büchner S. 14; Letterer S. 7.

5) Büchner a.a.O.

6) Kudlien S. 106 ff (109, 110).

Aus der auf die Vier-Säfte-Lehre gegründeten ¹⁾ Humoralpathologie entwickelte sich in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts eine chemische Krankheitstheorie. Gesundheit oder Krankheit wurde zur Frage nach der Fähigkeit des menschlichen Körpers, entsprechend einem chemischen Lebensprinzip die durch die Lebensvorgänge an seine Verarbeitungsfähigkeit gestellten Anforderungen zu erfüllen ²⁾. Auch brachte der Begründer dieser Ansicht, Paracelsus (1494 - 1541) ³⁾, klar zum Ausdruck, daß Krankheit eine latent im gesunden Menschen vorhandene Erscheinung sei, nicht ein aliud im Sinne eines antagonistischen Gegensatzes zur Gesundheit ⁴⁾.

Auf der Grundlage neuer naturwissenschaftlicher Erkenntnisse, so z.B. der Eiweißforschung Liebig's, wurde die chemische Krankheits-theorie im 19. Jahrhundert von Rokitansky zur Krasenlehre, der Lehre von der Abweichung der Blutmasse, weiterentwickelt.

Ergänzt wurden die im Vordergrund stehenden, durch Untersuchung der Krase gewonnenen Erkenntnisse durch eine allgemeine Betrachtung nach der pathologischen Chemie ⁵⁾. Doch mußte die Krasenlehre noch von Rokitansky selbst später wieder aufgegeben werden ⁶⁾.

Gegen die humoralpathologische Krankheitsauffassung wurden bereits in der Antike Widersprüche laut, insbesondere von der methodischen Schule, die beginnend im 3. Jahrhundert v. Chr. sich bis in das Mittelalter fortsetzte, wo sie dann ihrer rein materialistischen Betrachtung wegen an der generellen kulturellen Wende zum

1) Die eigentliche, systematisch geschlossene Vier-Säfte-Lehre bedeutete eine Weiterentwicklung hippokratischen Gedankengutes, vgl. hierzu Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 8.

2) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 9, 14.

3) Die Jahresangaben entstammen Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 9; anders Büchner S. 15 (1491 - 1541), wiederum abweichend Hoff S. 2 (1493 - 1514).

4) Büchner a.a.O.

5) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 10.

6) Dies geschah als Folge der Konfrontation mit Virchows Cellular-pathologie, Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch a.a.O.

transzendential-religiösen scheiterte ¹⁾. Den Methodikern zufolge bestand der menschliche Körper aus einer Anzahl von aus Atomen zusammengesetzten Porengänge, durch welche wiederum andere Atome flossen. Krankheit war eine Störung der Atombewegung, Gesundheit der ungestörte Zustand ²⁾. Im Gegensatz zur Vier-Säfte-Lehre stand bei dieser Auffassung insbesondere die Krankheitsauslösung durch die Zusammenziehung oder Erschlaffung der Porengänge als fester Bestandteil, worin erste Formen der Solidarpathologie ³⁾ gesehen werden können.

Im 17. Jahrhundert wurden der methodischen Schule ähnliche Gedanken von der Iatrophysik entwickelt. Diese Lehre glaubte, mit Hilfe des Ende des 16. Jahrhunderts erfundenen Mikroskops kleine Fasern als Elementarbausteine des menschlichen Körpers feststellen zu können, von deren normaler Spannung die Gesundheit, zu starker oder schwacher Spannung Krankheit abhängen sollte ⁴⁾. Zwei Konstanten der geschichtlichen Entwicklung des Krankheitsbegriffs werden an diesem Beispiel besonders deutlich: zum einen die auch später noch zu findende Tendenz, Gesundheit und Krankheit durch die Reduzierung des menschlichen Körpers auf einen Grundbaustein zu definieren ⁵⁾, zum anderen die starke Einflußnahme der Zeitgeschichte auf die Ansätze der Aufstellung einer Krankheitstheorie ⁶⁾, die in diesem Maße nur bei einem in wesentlichen Punkten umstrittenen und ungeklärten Begriffsinhalt möglich erscheint.

1) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch a.a.O.

2) Letterer S. 7.

3) Zum Begriff der Solidarpathologie vergleiche Psychrembel S. 1131; Letterer a.a.O. verwendet ihn zu unrecht synonym mit der methodischen Auffassung.

4) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 11, 14.

5) Vergleiche Hoff S. 2, 3; Letterer S. 8, 9.

6) Vergleiche Eder/Gedik S. XXXV.

3.0.3 Die geistig-immateriell orientierten Auffassungen

- Pneumatiker, Animismus, Vitalismus, Reizlehre -

Im Gegensatz zu den naturwissenschaftlich orientierten Ansichten standen seit jeher diejenigen Meinungen, deren Vertreter Krankheit und Gesundheit mit Hilfe eines nicht stofflichen Lebensprinzips definierten. Bereits zur römischen Kaiserzeit vertraten die Pneumatiker die Auffassung, Krankheit sei die Funktionsstörung einer hypothetischen Wechselbeziehung zwischen Kraft und Stoff, dem "Pneuma" ¹⁾. War diese Ansicht durch die Einbeziehung des Stoffes in das Pneuma dem Materiellen doch noch teilweise verbunden ²⁾, so gab der zu Beginn des 18. Jahrhunderts entstehende Animismus diese Grundlage völlig auf. Ausschlaggebend sollte einzig die Seele des Menschen sein ³⁾, die zwar dem Körper verbunden aber als die diesen beherrschende Komponente gedacht wurde ⁴⁾. Den dem Zeitgeist, der Aufklärung, widersprechenden Animismus löste bereits um die Mitte des 18. Jahrhunderts der Vitalismus ab, dessen Vertreter das dem gesamten Körper übergeordnete Prinzip der Seele durch einzelne, den Organen zugeordnete Lebenskräfte ersetzen, welche sich ihrerseits wiederum in der Irritabilität der betreffenden Organe äußerten ⁵⁾. Ein Versagen der Lebenskraft hatte Krankheit zur Folge. Somit wurde zum entscheidenden Gesichtspunkt das immaterielle Prinzip der Lebenskraft, wenn auch die Vitalisten den metaphysischen Ansatz der Animisten gerade auf eine naturwissenschaftliche Betrachtung reduzieren wollten ⁶⁾.

Die vitalistische Theorie wurde dann auch teilweise in Form der Reizlehre modifiziert, mit welcher der Schritt zurück zu der reinen Naturwissenschaft noch deutlicher vollzogen wurde. Danach gab einzig der Grad des Ansprechens des Organismus auf innere und äußere Reize den Ausschlag; mittlere Erregbarkeit bedeutete Gesundheit, übersteigerte oder verkümmerte Krankheit ⁷⁾.

1) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 11.

2) Diepgen nach Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch a.a.O.

3) Sandritter S. 4.

4) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 12.

5) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 13.

6) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch a.a.O.

7) Sandritter S. 4; eine hervorragende Stellung nahmen in der Reizlehre die Arbeiten von John Brown (1735 - 1788) ein.

3.0.4 Entwicklung vom 17. Jahrhundert bis zum naturwissenschaftlichen Zeitalter

- Nosologie, anatomisch-morphologische Richtung, parasitäre Theorie, mechanische Auffassung

Ebenfalls auf naturwissenschaftliches Denken, insbesondere die Erfahrungen in der ärztlichen Praxis, beriefen sich die Vertreter einer nosologischen Richtung, welche sich in Umkehrung eines der hippokratischen Zeit entstammenden nosologischen Denkansatzes ¹⁾ dem Begriff der Krankheit durch den Schluß aus der Strukturierung und Klassifizierung der wesentlichen Symptome des individuellen Krankheitsgeschehens nähern wollten ²⁾. Trotz zahlreicher Versuche im 17. und 18. Jahrhundert scheiterten die Nosologen jedoch, da einmal die Beobachtung und Einordnung des Krankheitsgeschehens dessen Komplexität wegen eine gewisse methodische Unexaktheit in das System einführte, zum anderen die logische Voraussetzung des Rückschlusses entfiel als man erkannte, daß unterschiedliche Symptome auch bei einem gleichen pathologischen Grundvorgang vorliegen konnten ³⁾. Statt einer allgemeinen Krankheitstheorie entwickelte sich aus der Nosologie so die spezielle Pathologie.

Etwa zur gleichen Zeit entstand auf der Grundlage der Arbeiten Morgagni's ⁴⁾ eine anatomisch-morphologische Auffassung, die mit den Methoden der pathologischen Anatomie das Wesen der Krankheit als eine Strukturveränderung des Organismus, insbesondere der Organe, nachzuweisen suchte ⁵⁾.

1) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 14, 15.

2) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 15. Wegen der heutigen Bedeutung einer Kasuistik vergleiche Neeße, Versicherungswirtschaft 1971 S. 98 ff; Beachtung verdient auch das von der Weltgesundheitsorganisation herausgebrachte Handbuch der internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, siehe hierfür Wege zur Sozialversicherung 1977 S. 380.

3) Vergleiche Letterer S. 11, 15, 16.

4) Grundlegend war Morgagni's (1682 - 1771) fünfbändiges Werk "De sedibus et causis morborum" von 1761, vergleiche Sandritter S. 5; Gräff Forschung S. 165.

5) Siehe Büchner S. 17; Hoff S. 2

Hierbei ordnete Richat die Krankheit dem Gewebe zu ¹⁾, da letzteres Baustein der Organe sei und selbständig erkranken könne; Gaub forderte über die Strukturschädigung hinaus eine physiologische Funktionsstörung und eine spezifische Reaktion des Organismus auf beide Faktoren ²⁾. Einen völlig anderen Ansatzpunkt hatte die naturhistorische Schule des frühen 19. Jahrhunderts. Methodisch stützte sich ihre Betrachtungsweise, naturphilosophischem Denken verbunden, auf die Analogie zwischen dem gesunden und dem parasitären Organismus, der Krankheit ³⁾. Allgemeine Naturgesetzmäßigkeiten, wie die Entwicklung von der mineralischen zu der dann jeweils höheren Daseinsstufe, wurden auch der Krankheit zugeschrieben, wobei deren höchste erreichbare Stufe die des tierischen, eigengesetzlichen organischen Parasiten sein sollte ⁴⁾. Ergebnis dieser Denkweise konnte notwendigerweise nur ein mittelbarer Fortschritt sein, so z.B. auf dem Gebiet der Psychiatrie; für die Weiterentwicklung eines deskriptiven Krankheitsbegriffes war diese am Wesen der Krankheit orientierte Auffassung unbrauchbar.

Als Folge dieser Vielfalt teilweise kompatibler, teilweise antagonistisch widersprüchlicher Auffassungen zum Krankheitsbegriff mehrten sich Mitte des 19. Jahrhunderts erstmals die Stimmen derjenigen, die eine aussagefähige begriffliche Fassung von Krankheit für schlicht unmöglich hielten ⁵⁾. Hierzu kam, daß in der Übergangsphase vom naturphilosophischen zum naturwissenschaftlichen Zeitalter mit seiner schon erkennbaren Fülle einzelner Informationen der Problembereich noch komplexer schien, als er ohnehin schon gewesen war, ohne daß sich ein Durchbruch abgezeichnet hätte ⁶⁾. Man konkretisierte den Begriffsinhalt von Krankheit so lediglich im Sinne einer Teilmenge

1) Büchner a.a.O.; Sandritter S. 5; Letterer S. 12.

2) Ausführlich hierzu Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 17.

3) Leibbrand nach Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch a.a.O.

4) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 17, 18.

5) Vergleiche die Darstellung der Entwicklung bei Diepgen im Archiv für Geschichte der Medizin 1926 S. 302 ff (308, 309).

6) Die zunehmende Schwierigkeit der Formulierung einer Krankheitslehre in einer solchen Lage betrachtet Sandritter zu Recht als allgemeines Prinzip dieser Situation, Sandritter S. 8, 9.

der allgemeinen mechanistischen Lebensvorgänge, bestehend aus deren Störung und von Gesundheit wesensmäßig nicht verschieden ¹⁾. Im

übrigen verfiel man teils in bloße Resignation, teils interpretierte man Krankheit im Sinne einer aufgrund der wesenshaft zugehörigen unbestimmten Variablen nur begrenzt aussagefähige Konstante ²⁾.

Diese Betrachtungsweise reduzierte den Begriffsinhalt auf eine Art Stimmungsbild, dessen Komponenten sich aus der Praxis ergaben.

Konkret und gegensätzlich hinsichtlich der lokalistischen Betrachtung der naturphilosophischen Theorien war die mechanistische Auffassung allerdings insoweit, als Krankheit den gesamten Organismus betreffen sollte ³⁾.

3.0.5 Entwicklung im naturwissenschaftlichen Zeitalter bis zum 20. Jahrhundert

- Cellularpathologie, Infektionstheorie, Konditionalismus, Konstitutionspathologie -

Anfangs der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erfolgte ein neuer Versuch, Krankheit ausgehend von einer mikroorganismischen Betrachtungsweise zu definieren, durch die Cellularpathologie Virchows. Hiernach war die Zelle Grundbaustein des menschlichen Körpers, Krankheit als Lebensvorgang daher eine Funktionsstörung der Zelle als Lebens-einheit ⁴⁾. Dabei führte die starke Betonung der Bedeutung der Zelle zu einem lokalistischen Charakter dieser Theorie, obwohl diese teilweise durchaus auch makroorganismische Züge trug ⁵⁾. So sollte Krankheit nicht schon notwendige Folge des Lebens unter gestörten Bedingungen sein, sondern erst entstehen, wenn die regulativen Einrichtungen des Organismus über dessen Anpassungsfähigkeit hinaus beansprucht wurden ⁶⁾.

1) Lotze nach Diepgen a.a.O. S. 304, 305.

2) Siehe Anmerkung 5. S. 23.

3) Vergleiche Hoff S. 2; Lotze nach Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 19.

4) Büchner S. 17; Gräff Forschung S. 166.

5) Siehe Büchner S. 18.

6) Gruber S. 195.

Zunächst stieß die Cellularpathologie auf zwar nicht einheitliche, doch verbreitete Resonanz; dies änderte sich jedoch mit der Entdeckung der Bakterien als Krankheitserreger. Zu Beginn der bakteriologischen Forschung herrschte bei den Vertretern der an ihr orientierten Auffassung die Ansicht vor, Krankheit über den Infektionszusammenhang definieren zu müssen ¹⁾; später entwickelte sich eine Mischform zwischen cellularpathologischer und bakteriologischer Theorie, deren Kompatibilität selbst von Virchow anerkannt wurde ²⁾. Gegensätzlich blieben beide Auffassungen dennoch tendentiell insoweit, als die Bakteriologen das größere Gewicht bei der Wertung der mehr oder weniger einheitlichen Vorstellung vom Krankheitsgeschehen auf die äußeren Krankheitsursachen legten ³⁾.

Trotz der verglichen mit den Theorien des naturphilosophischen Zeitalters stärkeren Ausrichtung am tatsächlichen Krankheitsverlauf konnten weder Cellularpathologie noch bakteriologische Theorie den in der täglichen Arbeit ständig mit verschiedenen reagierenden, ganzheitlichen Individuen konfrontierten Praktiker überzeugen ⁴⁾. Dies wurde zum Ansatzpunkt für den Ende des 19. Jahrhunderts entstehenden Konditionalismus und seinen Nachfolger, die Konstitutionspathologie. Beide hatten ihren Ursprung in der klinischen Beobachtung und praktischen Erfahrung. Dem Konditionalismus zufolge war Krankheit die Reaktion des Organismus auf bestimmte Bedingungen, wobei dieser Reaktion eine bestimmte Qualität zugesprochen wurde ⁵⁾. Es handelt sich bei dem Konditionalismus mithin eher um ein Erkenntnisprinzip als eine inhaltliche Definition von Krankheit ⁶⁾. Die Konstitutionspathologie griff diese Gedanken auf

1) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 24, 25.

2) Hasche-Klünder nach Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 25 Anm. 3.

3) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch a.a.O.

4) Vergleiche Hoff S. 3; Gräff Forschung S. 14; Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 26, 27.

5) Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch a.a.O.

6) Der Ansicht, der "Konditionalismus (sei) als Erkennungsprinzip erst im 20. Jahrhundert (begründet worden)" - so Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 27, 28 - ist meines Erachtens entgegenzuhalten, daß unabhängig von der Proklamation dieser Tatsache der Konditionalismus seinem Wesen nach auf ein Erkenntnisprinzip hin angelegt war.

und konkretisierte ihrerseits das Reaktionsverhältnis zwischen Körper und Umwelt vermittelt der Zuordnung der Einzelfälle zu bestimmten Dispositionen und Konstitutionsarten ¹⁾. Im übrigen enthielt auch der Konstitutionspathologische Ansatz Elemente anderer Theorien, so wollte z.B. Martius die Konstitutionslehre auf einzelne Organe anwenden und hielt die Zelle für den eigentlichen Sitz der Anlage ²⁾.

3.1 Geschichte des Krankheitsbegriffs im 20. Jahrhundert

Bereits im 19. Jahrhundert hatte sich der Wandel in der Auffassung des Krankheitsbegriffs beschleunigt. Diese Tendenz setzt sich im 20. Jahrhundert fort, gefördert durch die Fortschritte in der naturwissenschaftlichen Forschung, die ständig zunehmende Einbeziehung und Nutzung der Technik für die Medizin und die Ausweitung des medizintheoretischen Denkens auf andere Disziplinen, wie z.B. Psychologie und Kybernetik ³⁾. Letzteres stellt keine prinzipielle Neuerung dar, da Elemente anderer Betrachtungsweisen als der medizinischen auch in früheren Krankheitsbegriffen bereits aufgetaucht waren; es handelt sich eher um eine qualitative Änderung durch die Präzisierung des von der Medizin teilweise herangezogenen Gedanken-
gutes durch die entsprechende Fachdisziplin.

Die als Folge der schnellen Entwicklung entstandene Vielfalt unterschiedlicher Begriffsbestimmungen läßt für die Darstellung der verschiedenen Auffassungen eine Trennung in zwei Zeitabschnitte sinnvoll erscheinen. Hierbei ist der zweite Zeitabschnitt dergestalt gefaßt, daß in ihm der gegenwärtig aktuelle Stand der Meinungen zum Krankheitsbegriff in der Medizin behandelt wird, ohne daß man aber davon sprechen könnte, die in dem ersten Zeitabschnitt dargestellten Ansichten seien veraltet oder überholt im Sinne einer wissenschaftlichen Fortentwicklung ⁴⁾.

1) Letterer S. 15.

2) Diepyen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 29, 30.

3) Vergleiche Sandritter S. 8; Müller Handbuch S. 54 ff.

4) Für die Krankheitstheorien der Gegenwart gilt insoweit das zu denen der Geschichte Gesagte, siehe oben Anm. 2. S. 16, Anm. 1. S. 17.

3.1.1 Entwicklung bis 1945

- Albrecht, Marchand, Rössle, Lenz, Ribbert, Lubarsch, Aschoff, Gruber -

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde der Gesichtspunkt der Funktionsstörung erneut aufgegriffen. Nach E. Albrecht (1872 - 1909) war Krankheit Folge von nicht nur vorübergehenden, kurzfristigen Funktionsstörungen mit einem unterschiedlichen Verlauf des Krankheitsgeschehens ¹⁾. Typischerweise sollte sie aus den drei Stadien Schädigung, Verlauf, Heilung oder Tod bestehen ²⁾. Dieses dynamische Verhältnis des Wesens der Krankheit macht deutlich, wie naheliegend die Anwendung regeltechnischer Betrachtungsweisen auch in der Medizin ist. Gleiches gilt für den Krankheitsbegriff F. Marchand's (1846 - 1928), der auf cellularpathologischen Vorstellungen unter stärkerer Einbeziehung einer ganzheitlichen Betrachtung des kranken Menschen aufbauend Krankheit als Summe aller infolge einer Schädigung veränderten ablaufender organischen Lebensvorgänge definieren wollte ³⁾. Er ergänzte seine Definition durch das Erfordernis einer nicht nur stofflichen sondern auch funktionellen Schädigung ⁴⁾, sowie die Betonung der Relevanz der Disposition für die Krankheitsverursachung ⁵⁾. Mit beiden Auffassungen überein stimmte die Ansicht Rössle's (1919), der ebenfalls die Dynamik des Krankheitsgeschehens betonte, und auf die längerfristige Störung der Lebensvorgänge verwies ⁶⁾. Allerdings findet sich bei Rössle eine Abweichung insoweit, als seine Definition keine definitive Ursache-Wirkungs-Beziehung enthielt; so war die Schädigung z.B. lediglich Begleiterscheinung von Krankheit, Verursacher dagegen ein krankmachender Reiz ⁷⁾. Wie wohl auch seine Vorgänger verstand er Gesundheit als

1) Albrecht, Frankfurter Zeitschrift für Pathologie 1907 S. 211.

2) Albrecht a.a.O.

3) Marchand in Krehl/Marchand S. 1, 2, 12.

4) Marchand a.a.O. S. 16 ff.

5) Marchand in Krehl/Marchand S. 13, 14.

6) Rössle in Aschoff S. 4.

7) Rössle a.a.O.

den Gegensatz zu Krankheit, d.h. die Funktion der Organe in vollkommener Harmonie ¹⁾; jedoch stellte er dabei auf die Sicherung der Existenz des Gesamtorganismus ab. ²⁾.

Einem anderen Ansatz folgte F. Lenz (1927), der zum entscheidenden Gesichtspunkt bei der Frage nach Gesundheit oder Krankheit den Grad der Anpassung des Organismus machte. Krankheit waren ihm zufolge alle Lebensvorgänge an der Grenze der organismischen Anpassungsfähigkeit, Gesundheit ein Zustand bei voller Anpassung ³⁾. Das Wesen der Krankheit sahen als mangelhafte Anpassung an Lebensbedingungen ebenfalls Ribbert, Lubarsch (1860 - 1933) und L. Aschoff (1866 - 1942) ⁴⁾. Ribbert sprach dabei von einer "Störung des vitalen Gleichgewichts", Aschoff bezog die Gefährdung der Existenz des Organismus in seine Definition ein.

Wie die auf den Aspekt der Funktionsstörung abstellende war auch die an der Anpassungsfähigkeit des Organismus orientierte Theorie in ihren Grundvorstellungen auf ein geschichtliches Vorbild rückführbar. Dies gilt nicht in vollem Umfang für die von Gruber (1941) aufgestellte Definition von Krankheit, welche zwar gleichfalls auf dem Gedanken der Anpassungsstörung besierte, jedoch auch psychosomatische Elemente beinhalten. Nach Gruber bedeutete Krankheit "eine fortlaufende Kette von Lebenserscheinungen, die in ihrer Eigenart veranlaßt sind und von einer das lebende Wesen beeinflussenden Schädlichkeit exogener und endogener Art, und von Erscheinungen, die in ausgleichender Weise das gestörte Leistungsverhältnis und Wohlbefinden des lebenden Wesens wiederherstellen, wenn nicht die Wirkungsgröße der Schädlichkeit dem Ausgleich, der Anpassung im Wege steht" ⁵⁾. Diese Begriffsbildung ermöglichte die Einbeziehung von Psychosen und Neurosen und gab der subjektiven Seite für

1) Rössle in Aschoff S. 2.

2) Rössle a.a.O.

3) Lenz in Baur/Fischer/Lenz Erblchkeitslehre S. 171.

4) Vergleiche hierfür und für die folgenden Zitate Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 32; dies bedeutet nicht, daß die Genannten zu inhaltlich über diesen Aspekt hinaus kongruenten Definitionen gelangten, siehe Gräff Forschung S. 63.

5) Gruber, Wiener Klinische Wochenschrift 1941 S. 23 ff (26).

die Frage nach der Anpassungsfähigkeit des Organismus erhebliches Gewicht. Sie soll hier stellvertretend stehen für den Versuch der Medizin, der Herausforderung durch die Erkenntnisse in psychiatrisch-psychologischen Bereich zu begegnen.

3.1.2 Entwicklung von 1945 bis zur Gegenwart

- Gräff, Hoff, Prokop, Weltgesundheitsorganisation, Dietrich, Gottschick, E. Müller, Sandritter, Eder/Gedik -

Mitte des 20. Jahrhunderts erhob S. Gräff die Forderung nach einer die bisherige, seiner Ansicht nach unbrauchbare Betrachtungsweise ablösende Methodik medizinischen Denkens. Ausgangspunkt seiner Ansicht war die Kritik der von ihm pathologisch-anatomisch benannten Denkrichtung, der er vorwarf, mit fehlerhaften Begriffen und unlogisch zu arbeiten ¹⁾, ferner schließlich zu einer Divergenz zwischen medizinischer Forschung einerseits und deren Anwendern, wie z.B. Ärzteschaft, Versicherungswesen und Rechtspflege andererseits zu führen ²⁾. Nach der von Gräff vertretenen sogenannten hetologischen Betrachtungsweise ³⁾ soll sich die Definition des Krankheitsbegriffs ergeben aus "Vorstellungen, die bei der naturgegebenen Entwicklung des Begriffes maßgebend gewesen sein müssen, und die der medizinischen Forschung und dem Arztum ihr Ziel gegeben haben" ⁴⁾. Von dieser Voraussetzung ausgehend definiert Gräff Krankheit als Heilbedürftigkeit ⁵⁾, die sich ergebe "aus einem Zustand oder Vorgang, bei dem ein kausal verknüpftes Wechselspiel gestaltlicher, leiblicher und seelischer Abwandlungen der Norm den Ablauf eines regelrechten Lebens des Menschen aufhebt" ⁶⁾. Die Hetologie setzte sich indessen nicht durch.

1) Gräff Forschung S. 20.

2) Gräff a.a.O. S. 14, 15, 20.

3) Gräff Forschung S. 21; derselbe Heilbedürftigkeit S. 48.

4) Gräff Forschung S. 196.

5) Gräff Heilbedürftigkeit S. 48, 67; wenn Gräff in Gräff Forschung S. 241 davon spricht, der Jurist bedürfe des Begriffes der Krankheit nicht, da statt dessen Krankheit und Heilbedürftigkeit für die Sozialversicherung gleichgesetzt werden könnten, zeigt dies ein Zurückschrecken vor den eigenen Folgerungen, nach denen diese Gleichsetzung eben eine Krankheitsdefinition bedeutet.

6) Gräff Heilbedürftigkeit a.a.O.

Schon Gräff hatte seine Definition von Krankheit insofern relativiert, als er sie als Hilfskonstruktion zur inhaltlichen Füllung eines Begriffes verstand, welcher letztendlich der Belastung durch den Unsicherheitsfaktor Leben wegen nicht völlig exakt zu fassen sei ¹⁾. Die gleiche, an die gegen Ende des naturphilosophischen Zeitalters aufgetretene Resignation in der mechanischen Auffassung erinnernde Skepsis gegenüber der Möglichkeit einer endgültigen Lösung des Problems zeigt sich bei F. Hoff in der Aussage, Krankheit sei wie alles Leben letztlich nur erfahrbare in der aktuellen Konfrontation als Patient oder Behandelnder ²⁾. Auch weist Hoff ausdrücklich darauf hin, eine erschöpfende formelhafte Fassung des Krankheitsbegriffs könne es nicht geben; dennoch finden sich bei ihm drei unterschiedliche Definitionen von Krankheit mit korrespondierenden Gesundheitsbegriffen. Es sind dies einmal die von F. Lenz vertretene Auffassung, zum anderen eine Definition von Gesundheit als "harmonischem Gleichgewicht im Bau und in den Funktionen des Organismus und im seelischen Erleben, welches die Voraussetzung zur vollen Leistungsfähigkeit und damit auch zum vollen Lebensgenuß darstellt", wobei die Störung dieses Gleichgewichtes mit "verminderter Leistungsfähigkeit, Herabsetzung des Lebensgenusses und seelischer Belastung" Krankheit bedeutet; schließlich die Umschreibung von Gesundheit durch gesundes Leben in "ausgeglichener, spezifischer Koordination von Struktur, Funktion und Umwelt" in einer der Selbsterhaltung und Fortpflanzung fähigen Einheit. Im übrigen legt Hoff besonderen Wert auf den Gesichtspunkt der Harmoniestörung und die ganzheitliche Betrachtung des kranken Menschen als Einheit von Psyche und Körper.

Der von Hoff verwendete Begriff des Lebensgenusses und der Gedanke dessen Beeinträchtigung durch Krankheit taucht ebenfalls bei O. Prokop auf, der zusätzlich zu einer Abweichung von der Norm durch eine Störung der körperlichen und geistigen Gesundheit für das Vorliegen von Krankheit die Eignung dieser Normdivergenz,

1) Gräff Forschung S. 174, 177, 178, 240.

2) Hierfür wie für das Folgende Hoff S. 7, 8, 9.

das Wohlbefinden des Menschen zu stören, fordert ¹⁾. Dieser Definition entspricht der von der Weltgesundheitsorganisation entwickelte Gesundheitsbegriff als "Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens" ²⁾, wobei allerdings zu bedenken ist, daß die Entwicklung des Begriffs durch ein solches Gremium notwendigerweise den Eingang politischer Programmatik in die Begriffsbestimmung bedeutet. Gemeinsamkeiten mit der Hoff'schen Definition finden sich bei der Auffassung A. Dietrich's (1913 - 1961) ebenso, aber dort in der Berücksichtigung des Leistungsgedankens, da Dietrich das entscheidende Kriterium neben der "Unterbrechung des geordneten Ablaufs der Lebensvorgänge" in einer Leistungsverminderung des Gesamtorganismus sieht ³⁾.

Einem anderen Ansatz zur Definition des Krankheitsbegriffs folgt Gottschick, unbeschadet des auch bei ihm zu findenden Hinweises auf die Unmöglichkeit der Definition aller Begriffe ⁴⁾. Seiner als kybernetisch-regelungstechnischen Denkweise bezeichnaren Auffassung nach kennzeichnet sich Krankheit durch die Verminderung oder Überbeanspruchung der Regelungs- und Steuerungsfähigkeit gegenüber Gesundheit als dynamischem Prozeß bei voller Regelungs- und Steuerungsfähigkeit ⁵⁾. Mit einer anderen Formel beschreibt er Krankheit als Leben bei verminderter, Gesundheit als "Leben bei aufrechterhaltener oder vermehrter Ektropie" ⁶⁾.

- 1) Prokop Kurpfuscherei S. 640; er bezieht sich dabei auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes zum Heilpraktikergesetz, wobei unklar bleibt, ob er diesen Krankheitsbegriff über den rechtlichen Zusammenhang hinaus für gültig hält. In letzterem Sinne versteht ihn Sandritter S. 19.
- 2) Weltgesundheitsorganisation nach Sandritter a.a.O.
- 3) Dietrich nach Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 33.
- 4) Gottschick, Ärztliche Mitteilungen 1963 S. 1247, 1250 unter Hinweis auf den in diesem Zusammenhang verschiedentlich zitierten Satz aus Kants Logik:
"Nicht alle Begriffe können also, sie dürfen aber auch nicht alle definiert werden".
- 5) Gottschick, Ärztliche Mitteilungen 1963 S. 1250.
- 6) Gottschick a.a.O.

Einen besonderen Akzent erhält die zweite Definition insofern, als sie Altern in die Reihe der Krankheiten einbezieht ¹⁾; dies ließe sich für die kybernetisch orientierte Begriffsformel vertreten, ist jedoch nicht zwingend der Fall.

Arbeitet Gottschick mithin mit schlagwortartigen Leerformeln, deren Bedürfniss nach erläuternder Kommentierung mangelnder Eindeutigkeit wegen offensichtlich scheint, so versucht E. Müller sich dem Krankheitsbegriff im Wege einer Kette aufeinander aufbauender, teilweise mit Vorbehalten versehenen Einzelaussagen zu nähern. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist die Subsumption von Krankheit ebenso wie Gesundheit unter den Begriff des Lebensvorgangs, wobei es sich um grundsätzlich alternative Erscheinungen handle ²⁾; weiter geht er davon aus, daß Krankheit nur im Wege der Kontradiktion der Gesundheit als Bezugspunkt definiert werden kann ³⁾. Gesundheit soll vorliegen bei einer Erscheinung des Lebendigen "in absoluter Regelmäßigkeit" ⁴⁾, letztere betrachtet er als Folge "biologischer Ordnungen und Anpassungen im eigenen organismischen Bereich in in den Beziehungen zu den gegebenen Umweltfaktoren" sowie der Harmonie der "leiblich-psychischen und geistigen Einflüsse". Wird nun das aufeinander aufbauende Gesamtsystem in einem Einzelteil, einer Einzelfunktion, einer Kombination dieser Faktoren oder Häufung gestört, verursacht dies Krankheit ⁵⁾. Müller relativiert dabei seine Aussage insofern, als bei einer Abweichung vom absolut regelhaften nicht notwendigerweise Krankheit vorliegen muß; in einem nicht näher definierten Zwischenbereich soll lediglich eine gesteigerte Anfälligkeit bestehen. Hinter dieser Einschränkung steht offenkundig der Problemkreis der verschiedenen Konstitutionen und Dispositionen, deren Stellung zu dem Krankheitsbegriff bei den Definitionsversuchen nach der Zeit der Konstitutionspathologie

1) Sandritter S. 19.

2) Müller Handbuch S. 62.

3) Müller Handbuch S. 64.

4) Müller Handbuch S. 52.

5) Hierfür wie für das folgende Müller Handbuch S. 59 ff (59, 60, 62).

keine spezielle Aufmerksamkeit mehr gewidmet wird. Ansonsten verweist auch Müller auf die Schwierigkeiten einer Definition von Krankheit und Gesundheit, welche eine vollkommene begriffliche Fassung verhinderten.

Zum entscheidenden Gesichtspunkt wird dieser Gedanke bei Sandritter, demzufolge eine Begriffsbildung im eigentlichen Sinne weder für Krankheit noch Gesundheit möglich ist. Wenn er davon spricht, beide Worte könnten "definitorisch bestenfalls eingekreist" ¹⁾ werden und hierzu auf Verfahren und Methodik der Pathologie verweist ²⁾, entspricht dies im wesentlichen der resignativen Ansicht gegen Mitte des 18. Jahrhunderts. Allerdings widmet er dem Problembereich und dessen Entwicklungsgeschichte durchaus seine Aufmerksamkeit ³⁾, wohingegen bei Eder/Gedik eine argumentative Auseinandersetzung unterbleibt. Sie beschränken sich darauf, auf einige Definitionsversuche der Neuzeit hinzuweisen ⁴⁾.

3.2 Prüfung der medizinischen Krankheitsbegriffe auf ihre Brauchbarkeit im Sozialversicherungsrecht

Die Untersuchung der Brauchbarkeit medizinischer Krankheitsbegriffe für die gesetzliche Krankenversicherung setzt Klarheit über die Prüfungskriterien voraus.

Erkennt man die Medizin als aus systematischer Sicht für die Definition von Krankheit zuständige Fachwissenschaft an, so darf man den Begriffsinhalt der medizinischen Definition auch nicht an den bestehenden versicherungsrechtlichen Regelungen, den damit verfolgten sozialen und politischen Absichten messen.

1) Sandritter S. 7.

2) Sandritter a.a.O.

3) Sandritter bietet auf S. 18 ff einen fast vollständigen Überblick über die Entwicklung nach 1945.

4) Eder/Gedik S. XXXV.

Der Medizin obliegt es, eine fachwissenschaftlich exakte Sprachgröße zu schaffen. Eine der Begriffsbestimmung nachgelagerte Aufgabe der Rechtswissenschaft ist es, auf der Grundlage des vorgegebenen medizinischen Krankheitsbegriffes durch den entsprechenden Einsatz des regelungstechnischen Instrumentariums den gewünschten Erfolg zu erzielen ¹⁾.

Positive Anforderungen an einen medizinischen Krankheitsbegriff ergeben sich aus dem Bedürfnis nach Rechtssicherheit. Rechtssicher ist ein medizinischer Krankheitsbegriff, wenn er für den mit diesem Begriff verwendenden Normen Konfrontierten, insbesondere für den praktizierenden Kassenarzt, aussagefähig und im jeweiligen Einzelfall konkret überprüfbar ist ²⁾. Nur dann ist die Anwendung eines medizinischen Krankheitsbegriffes ohne Gefahr ständiger Fehlbeurteilungen möglich. Ein brauchbarer medizinischer Krankheitsbegriff muß also der medizinischen Praxis genügen. Hierzu gehört auch, daß er für Forscher wie Praktiker zumindest im Sinne einer "herrschenden Meinung" akzeptabel ist.

Hierüber hinaus verlangt Gräff zusätzlich die Tolerabilität des Krankheitsbegriffs der Sozialversicherung durch Rechtswissenschaft und Volksempfinden ³⁾. Hinsichtlich ersterer geschieht dies in Umkehrung der oben dargelegten Abhängigkeit von Rechtswissenschaft und Medizin in dieser Frage und ist somit abzulehnen. Was den Gesichtspunkt des Volksempfindens betrifft, so ist Gräff zuzugeben, daß gerade die den Bürger in besonderem Maße betreffende Regelung seiner Sicherung im Krankheitsfalle auch begriffsinhaltlich allgemeinverständlich und gedanklich nachvollziehbar gehalten

- 1) Der Mediziner Sandritter formuliert auf S. 9 "Begriffe sind Werkzeuge des Denkens"; zum Wesen eines Begriffes und den allgemeinen Erfordernissen einer Begriffsbestimmung siehe Gottschick, Ärztliche Mitteilungen 1963 S. 1247.
- 2) Vergleiche S. Günther, Der Medizinische Sachverständige 1972 S. 44.
- 3) Gräff Forschung S. 231.

werden sollte. Dies ist Voraussetzung der Ausnutzung gegebener Rechte und Ansprüche durch die Versicherten ¹⁾. Innerhalb des umfangreichen Bereiches der als Krankheit in Frage stehenden Lebensvorgänge geht es bei der Krankheitsdefinition jedoch entscheidend um die Beurteilung von Grenzfällen. Hier muß das Volksempfinden als zu grobes Instrument der Beurteilung ver- sagen, da sich ein solcher Grenzfall gerade durch die allgemein unterschiedliche Beurteilung definiert. Auch stößt die Berücksichtigung des Volksempfindens auf den Vorbehalt der Einführung einer Manipulationsfähigkeit, deren Vermeidung gerade das Ziel der Begriffsbestimmung sein muß ²⁾.

Aus dem Vorgesagten ergibt sich, daß für eine Verwendung im Sozialversicherungsrecht allein solche medizinischen Krankheitsbegriffe in Betracht kommen, welche dem gegenwärtigen Stand der Auffassungen entsprechen. Nur insoweit läßt sich von dem Vorteil der Rechtssicherheit durch die Verwendung anwenderorientierter Begriffe sprechen, aus der geschichtlichen Entwicklung bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts können sich lediglich Anhaltspunkte ergeben.

Betrachtet man den aktuellen Meinungsstand, so fällt auf, daß in der Gegenwart eine von drei unterschiedlichen, in der medizinischen

1) Vergleiche für das Sozialrecht Merten, Vierteljahresschrift für Sozialrecht 1974 S. 330 ff; grundsätzlich hierzu Wannagat Sozialpolitik S. 383, siehe auch Peters in Die Ortskrankenkasse 1963 S. 249.

2) Die Ungeeignetheit des Volksempfindens als Begriffsmaßstab sieht teilweise wohl auch Gräff selbst, Gräff Heilbedürftigkeit S. 13; ebenso Merten a.a.O. S. 333.

Diskussion nicht sauber getrennten Begriffsarten nicht mehr vertreten ist ¹⁾. Es handelt sich dabei um die Auffassung und Begriffsbestimmung von Krankheit aus metaphysischer/philosophischer Sicht, dem Krankheit eigentümlichen Wesen, deren Vertretern es weniger auf eine Identifikation ermöglichende Begriffsbestimmung als auf die Schaffung eines Verständnisbegriffes ankam.

Die zweite Gruppe von Begriffen kann als sozialpolitisch - programmatisch bezeichnet werden. Hierunter zu rechnende Definitionen neuerer Zeit sind die Begriffsfassung der Weltgesundheitsorganisation und, des Ursprungs wegen überraschend, der Begriff Prokops. Neben Begriffsbestimmungen anderer Herkunft mag man diese Definition gleichberechtigt erörtern, die der Medizin als Fachwissenschaft ihrer Spezialität wegen zugebilligte Kompetenz wird hier jedoch überschritten. Der qualitative Vorrang des medizinischen Krankheitsbegriffes kann dieser Gattung von Definitionsversuchen nicht eingeräumt werden.

Die dritte und einzig eingehendere Begutachtung erfordernde Gruppe medizinischer Krankheitsdefinitionen bilden die naturwissenschaftlich/deskriptiven Begriffe. Die Vertreter dieser Richtung versuchen, wenn auch gelegentlich mit Bedenken, Krankheit

- 1) Auf die Notwendigkeit begrifflich exakter Arbeit wird zwar verschiedentlich hingewiesen, so beispielsweise Sandritter S. 18, diesem Erfordernis aber nicht genügt. Hierauf gegründete Angriffe gegen "die heutige Betrachtungsweise der medizinischen Forschung" finden sich bei Gräff Forschung S. 16 ff (18). Gängigerweise unterscheidet die medizinische Literatur lediglich zwischen Verständnisbegriffen und naturwissenschaftlich orientierten Begriffen, vergleiche Sandritter S. 10; Letterer S. 4; Rothschild nach Sandritter a.a.O.
- unterscheidet
- a) Metaphysische Modelle der Krankheit
 - b) Philosophisch-spekulative Modelle der Krankheit
 - c) Naturalistische Krankheitsmodelle
 - d) Psychosomatische, anthropologische und soziokulturelle Modelle der Krankheit.

aus medizinwissenschaftlicher Sicht zu definieren; eine überzeugende Begriffsfindung gelingt ihnen jedoch nicht ¹⁾. Dies zeigt sich in der Vielzahl verschiedener Definitionsversuche ebenso wie in dem wiederholten Ruf nach der Bewältigung des Problems durch den praktischen Arzt und Kliniker ²⁾. Teilweise wird die Ansicht vertreten, eine Definition von Krankheit - oder Gesundheit - sei schlechthin unmöglich; eine nennenswerte Übereinstimmung der verschiedenen Auffassungen läßt sich nicht erkennen, ausgenommen die Notwendigkeit der Erörterung von Gesundheits- und Krankheitsbegriff im Zusammenhang ³⁾ sowie die Einbeziehung des gesamten Menschen in die angesprochenen Lebensvorgänge ⁴⁾. Den naturwissenschaftlich/deskriptiven Begriffen fehlt damit der für den Gesichtspunkt der Qualifikation wie auch den der Rechtssicherheit entscheidende Rückhalt in der eigenen Disziplin.

1) Ebenso Sandritter S. 18; Gräff Heilbedürftigkeit S. 42; derselbe Forschung S. 18; Müller Handbuch S. 61, 62; Grönig, Deutsches Ärzteblatt 1974 S. 475, 476.

2) Gräff Forschung S. 198, 199.

3) Eder/Gedik S. XXXV; Letterer S. 3, 6, 12.

4) Vergleiche Hoff S. 9, 10; Gräff Forschung S. 180; Sandritter S. 7; bei dieser Aussage handelt es sich aber weniger um ein positives Begriffskriterium als vielmehr die Korrektur einer geschichtlichen Fehlentwicklung der Definitionsversuche.

3.3 Zusammenfassung

Die medizinische Wissenschaft und Forschung ist nicht in der Lage, den Begriff der Krankheit in einer im Sozialversicherungsrecht brauchbaren Weise zu definieren ¹⁾. Eine begriffliche Fassung von Krankheit wie auch Gesundheit unter Rückgriff auf medizinische Kriterien, Abgrenzungen oder Anschauungen bedeutet nach dem gegenwärtigen Sachstand eine Belastung des Begriffes mit medizinisch nicht gelösten Streitfragen. Betrachtet man die Geschichte der Medizin bis zur Gegenwart erscheint es unwahrscheinlich, daß ein auf Dauer allgemein akzeptierter abstrakter Krankheitsbegriff naturwissenschaftlich/deskriptiver Natur gefunden werden kann ²⁾.

1) Ebenso Peters, Die Ortskrankenkasse 1959 S. 463; derselbe, die Arbeiterversorgung 1962 S. 185.

2) Neben der Schwere der gestellten Aufgabe ist ein entscheidender Grund für das Versagen der Medizin bei der Krankheitsdefinition darin zu sehen, daß im Mittelpunkt der medizinischen Forschung, Lehre und Praxis die Heilbehandlung des einzelnen kranken Menschen, oftmals unter Zeitdruck, steht. Hier geben einzelfallorientierte Diagnose und Therapie einer bestimmten Krankheit den Ausschlag. Der Arzt handelt, ohne die Aufklärung des Wesens von Krankheit oder die Gattungsdefinition der konkreten Lebenserscheinung abwarten zu können, Sandritter S. 10; Grömig, Zeitschrift für Sozialreform 1963 S. 82. Die Notwendigkeit eines allgemeinen Krankheitsbegriffes für die Medizin wird daher vielfach bestritten, siehe Sandritter S. 18; Gräff Forschung S. 200; Gottschick, Ärztliche Mitteilungen 1963 S. 1250; Viefhues, Zeitschrift für Sozialreform 1976 S. 395. Für erforderlich hält einen solchen Begriff Letterer, Letterer S. 2.

4. Der versicherungsrechtliche Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Versagen von Sprachgebrauch und Sprachwissenschaft wie auch der Medizin als sachlich an erster Stelle zuständiger Fachwissenschaft bei der Definition von Krankheit rechtfertigt den Versuch des Juristen, seinerseits den Begriffsinhalt von Krankheit zu bestimmen. Notwendigkeit und Legitimation eines juristischen Zweckbegriffes sind zu bejahen.

Ein zweckbestimmter Begriffsinhalt entsteht durch die Abstimmung eines Begriffes auf die Erfüllung bestimmter Funktionen innerhalb der ihn verwendenden Normen. Der Krankheitsbegriff taucht in Vorschriften aller drei Versicherungszweige der Reichsversicherungsordnung auf. Da diese Versicherungsarten lediglich zusammengefaßt, nicht aber zu einem auch terminologisch einheitlichen Gesetzeswerk verbunden wurden ¹⁾, können die Aufgaben des Begriffes Krankheit und daraus resultierend der Inhalt dieses Begriffes in den einzelnen Versicherungszweigen verschieden sein ²⁾. Der Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung kann folglich nur anhand der Normen dieser Versicherungsart entwickelt werden.

Grundsätzlich kann er auch nur in diesem Rahmen Geltung beanspruchen; er ist nach dem vorstehend Ausgeführten nicht notwendig kompatibel. Letzteres zu erreichen bedürfte es einer Homogenisierung der Gesetzessprache der einzelnen Versicherungszweige, die nicht Gegenstand der hier geführten Erörterung ist. Es soll jedoch in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben, daß ähnlich dem Verhältnis der Medizin zu der Rechtswissenschaft bei der allgemeinen Diskussion des Krankheitsbegriffes der anhand der

¹⁾ Siehe oben Seite 3 Anmerkung 1.

²⁾ Vergleiche Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-1-; Gesamtkommentar § 182 Anm. 5; Wannagat Sozialversicherungsrecht S. 253; zu dem gleichen Problem bei dem Begriff der Erwerbsunfähigkeit Klaas, Die Betriebskrankenkasse 1962 S. 547.

Normen der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelte Krankheitsbegriff im Verhältnis zu denjenigen der anderen Versicherungszweige die offenbar unmittelbarste Sachnähe aufweist und daher bei einer Vereinheitlichung der Gesetzessprache für die gesamte Reichsversicherungsordnung übernommen werden müßte.

4.0 Geschichtliche Grundlage des versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriffs

In seiner Grundlage geht der Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung zurück auf das nach der Novelle von 1892 als "Krankenversicherungsgesetz" bezeichnete Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883. In den §§ 1, 5 und 6 KVG wurde Krankheit als Versicherungsfall beziehungsweise Leistungsvoraussetzung genannt, ohne daß eine legaldefinition von Krankheit gegeben wurde. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Schöpfer des KVG ursprünglich annahmen, auf einen medizinisch abgesicherten Krankheitsbegriff zurückgreifen zu können ¹⁾, oder ob der Krankheitsbegriff schon anfänglich als Kunstbegriff in den Regelungstatbestand einbezogen wurde ²⁾. Das Fehlen einer gesetzlichen Definition übertrug die Verantwortung für Behandlung und Anwendung des Krankheitsbegriffes der Rechtsprechung ³⁾.

- 1) Vergleiche Albrecht, Die Sozialversicherung 1970 S. 260; allerdings spricht Jäger, Jäger Krankheit S. 18, noch von der derzeit allgemein anerkannten Formel als "im krankenversicherungsrechtlichen Sinne" verwendeter "medizinischer Definition".
- 2) Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-2-; S. Günther, Der Medizinische Sachverständige 1972 S. 47.
- 3) Nach § 43 SGG ist das Bundessozialgericht zur Rechtsfortbildung berufen; vergleiche hierzu Gitter in Soziale Sicherung S. 70; grundsätzlich zur richterlichen Rechtsfortbildung Wannagat Sozialpolitik S. 365, 366 mit weiteren Nachweisen, und ebenda S. 372 ff.

Die Literatur verstand unter Krankheit zunächst "jede Alteration (das heißt Störung) des Gesundheitszustandes" ¹⁾; eine Definition, die wohl doch auf medizinische Vorstellungen hinielte. Nach wenigen Jahren schon erweiterten Rechtsprechung und in Anlehnung hieran die Literatur den Krankheitsbegriff jedoch um das Merkmal der Behandlungsbedürftigkeit. Krankheit wurde nunmehr definiert als "annormale Störung des Gesundheitszustandes, welche ärztliche Behandlung, Arznei oder Heilmittel erfordert" ²⁾. Auf eine ausführliche Begründung dieser Erweiterung verzichtete man, es wurde lediglich auf den gesetzgeberischen Willen verwiesen ³⁾. Dies war insofern berechtigt, als beispielsweise der Verfasser des Entwurfes des KVG in einer Beratung des Reichstages erklärt hatte, er halte all das für Krankheit im Sinne des Gesetzes, was "die Hilfe eines Arztes erforderlich mache" ⁴⁾. Andererseits wurde aber mit der Erforderlichkeit der Reaktion auf den Zustand des Versicherten ein an der Notwendigkeit der Leistungserbringung orientiertes und damit originär versicherungsrechtliches Merkmal Bestandteil des Begriffes selbst.

Nach dieser qualitativen Änderung der Begriffsformel wandelte sich der Krankheitsbegriff durch die Einführung weiterer leistungsfallorientierter Erwägungen in den Begriffsinhalt. Am Ende dieser Entwicklung stand ein Urteil des Preussischen Oberverwaltungsgerichtes vom 9.6.1902, worin Krankheit bezeichnet wurde als ein "annormaler körperlicher oder geistiger Zustand, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder die Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat" ⁵⁾. Die hiermit gefundene Begriffsformel wurde

- 1) H. Rosin S. 296 Anm. 8; v. Woedtke § 1 KVG Anm. 18; Spielmeier, Die Ortskrankenkasse 1971 S. 836.
- 2) Hanseatisches OLG, Die Arbeiterversorgung 1886 S. 214 ff (216); Spielmeier a.a.O.; kritisch dazu H. Rosin S. 299.
- 3) H. Rosin S. 293 ff (293).
- 4) Spielmeier, Die Ortskrankenkasse 1971 S. 836.
- 5) Preussisches Oberverwaltungsgericht POVG 42, 308 ff (310); Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-2-; zur Entwicklung vergleiche Hillebrand, Die Krankenversicherung 1961 S. 312 und Kühne, Die Arbeiterversorgung 1940 S. 310.

auch nach Verkündung der Reichsversicherungsordnung im Juli 1911 und in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes im wesentlichen gleich - der Ausdruck Erwerbsunfähigkeit wurde beispielsweise durch den der Arbeitsunfähigkeit ersetzt aus Gründen, deretwegen man keine sachlich-inhaltliche Änderung beabsichtigte ¹⁾ - weiterverwand ²⁾. Entwicklung und Präzisierung des Krankheitsbegriffes erfolgten durch die richterliche Gestaltung der einzelnen Teile der Begriffsformel.

4.1 Gegenwärtiger Stand der Entwicklung des Krankheitsbegriffes

Auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes baut hinsichtlich des Krankheitsbegriffes auf der vom Preussischem Oberverwaltungsgericht geschaffenen und dem Reichsversicherungsamt übernommenen Begriffsformel auf ³⁾. Die Formel im ganzen sowie auch die Interpretation ihrer einzelnen Teile wurde dabei dem wachsenden medizinischen Wissen angepaßt ⁴⁾, ferner die im Zeitalter des Sozialstaates geänderte Einstellung der Gesellschaft wie der Legislative zu dem Problem der Krankheit und damit der Krankenversicherung berücksichtigt ⁵⁾. Dem Bundessozialgericht war

- 1) Töns, Die Ortskrankenkasse 1963 S. 306; Gitter in Soziale Sicherung S. 70; Kühne a.a.O.; zur heutigen Beziehung der Begriffe Töns in Wirtschaftliche Sicherung S. B 10, B 11.
- 2) RVA in Amtliche Nachrichten 1939, 412 ff (412) sowie 1920, 319 ff (320); Brackmann II S. 384; Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-2; die Konstanz des Krankheitsbegriffes läßt sich auch daran erweisen, daß sich Schnatz-Becher Studienwerk 81 S. 46 für die Wiedergabe des aktuellen Standes auf das grundlegende Urteil des Reichsversicherungsamtes berufen (im Jahre 1970).
- 3) Albrecht, Die Sozialversicherung 1975 S. 126; Wannagat Sozialversicherungsrecht S. 253.
- 4) Brackmann II S. 383; Albrecht, Die Sozialversicherung 1970 S. 260; derselbe, Die Sozialversicherung 1975 S. 125.
- 5) Albrecht a.a.O. (1970 S. 260, 1975 S. 126).

dies möglich und zur Aufgabe gestellt, da der Gesetzgeber auch weiterhin auf eine Legaldefinition von Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung verzichtete.

Nach der derzeit von der Rechtsprechung verwandten Formel ist Krankheit

"ein regelwidriger Zustand des Körpers, des Geistes oder der Seele, der Heilbehandlung erfordert oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat" ¹⁾.

Die gleiche Formulierung herrscht in der Literatur vor; allerdings spielt die Auseinandersetzung mit Problemen des Sozialrechts an den Hochschulen noch immer in der Regel eine sekundäre Rolle ²⁾, so daß die in anderen Rechtsgebieten ergiebigste Quelle wissenschaftlicher Kritik der Rechtsprechung für die Erörterung des Krankheitsbegriffes nur in beschränktem Maße fruchtbar wird.

Die verbale Ähnlichkeit der vorgenannten Begriffsformel mit der früher verwandten bedeutet - selbst im Falle gleichen Wortlautes - nicht notwendig eine inhaltliche Übereinstimmung. Sie hat ihren Grund in der Unfähigkeit, die Fortentwicklung im Verständnis und der rechtlichen Bewertung der einzelnen Elemente des Krankheitsbegriffes in der Begriffsformel selbst zum Ausdruck zu bringen.

So ging das Reichsversicherungsamt beispielsweise in seinen Urteilen davon aus, ein Vorliegen von Krankheit könne nur bejaht werden, wenn die in Frage stehende Behandlungsbedürftigkeit eine augenblickliche, das heißt ein gegenwärtiges Erfordernis sei ³⁾. Hiervon löste sich das Bundessozialgericht mit der

1) Hierfür wie für die Literaturmeinung vergleiche oben Seite 10 Anmerkung 1.

2) Schulin S. V, der auf die mit Einführung entsprechender Wahlfachbereiche sich ändernde Situation verweist; eine erhebliche Veränderung ist jedoch bislang ausgeblieben.

3) Bogs Sozialpolitik S. 329; Hillebrandt, Die Krankenversicherung 1961 S. 313; Peters, Die Arbeiterversorgung 1962 S. 188.

Begründung, daß ein frühzeitiges Eingreifen, das heißt eine Leistung der Krankenversicherung im Hinblick auf eine in der Zukunft andernfalls gegenwärtige Behandlungsbedürftigkeit, in Fällen wie der Förderung späterer Erwerbsfähigkeit des Versicherten im beiderseitigen Interesse von Versicherungsträger und Versicherungsnehmer liege: dem Versicherten werde geholfen und die Versichertengemeinschaft vor den höheren Kosten bewahrt, die im Zeitpunkt späterer augenblicklicher Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten angefallen wären ¹⁾. Der Sache nach integrierte das Bundessozialgericht damit einen erfolgsorientierten Präventionsgesichtspunkt in die Krankheitsdefinition.

Ein weiteres Beispiel gewandelter Interpretation bietet die Entwicklung des Begriffsverständnisses von Heilbehandlung als solcher. Früher forderte man, mit der Behandlung müsse die Aussicht auf Heilung oder Besserung der betreffenden Krankheit selbst verbunden sein. Nach heutiger, auch von der Literatur anerkannter Rechtsprechung genügt bereits die Aussicht auf Vermeidung oder Verzögerung einer Verschlimmerung der Krankheit oder sogar einfach Linderung der mit der Krankheit verbundenen Schmerzen ²⁾. Für die Versicherten bedeutet dies die Eröffnung eines neuen Leistungsbereiches, der beispielsweise die medikamentöse Behandlung sogenannter unheilbarer Krankheiten einschließt.

Stellvertretend für die Angleichung des Krankheitsbegriffes an den Stand des medizinischen Wissens mag die Aufnahme von Neurosen in den Katalog der von dem Bundessozialgericht anerkannten Zustände mit Krankheitswert stehen. Hier schlug sich medizinische

1) Bogs a.a.O.; Grömmig, Zeitschrift für Sozialreform 1963 S. 90 - 92; Hillebrand, Die Krankenversicherung 1961 S. 314; Peters, Die Arbeiterversorgung 1962 S. 188, 189; Wannagat Sozialversicherungsrecht S. 254; Gesamtkommentar § 182 Anm. 5; BSG BSGE 13, 134 ff (136); 30, 151 ff (153).

2) Wekol, Die Ortskrankenkasse 1973 S. 124; Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-3-; Brackmann II S. 383; zur Entwicklung vergleiche Wannagat Sozialpolitik S. 377; Schroeder-Printzen, Wege zur Sozialversicherung 1979 S. 134, 135.

Erkenntnis in der Einbeziehung auch seelischer Zustände in die Reihe der krankhaften regelwidrigen Zustände nieder ¹⁾. Die Entwicklung gerade im Bereich der menschlichen Psyche kann im übrigen mit dieser Anerkennung der Neurosen als Krankheit sicherlich keinen Abschluß gefunden haben. Das zunehmende Wissen über die seelischen Abläufe innerhalb des Menschen läßt eine weitergehende Öffnung der Rechtsprechung in diesem Bereich wahrscheinlich erscheinen.

Die Einstufung der Alkoholabhängigkeit als Krankheit ²⁾ verdeutlicht die Abhängigkeit der Wertung des Rechtsbegriffes Krankheit von der Einstellung der Gesellschaft zu bestimmten Verhaltensweisen, vergleicht man die Behandlung anderer Suchtmittel. Der Gebrauch von Rauschgift sowie übermäßiger Alkoholkonsum sind gesellschaftlich geächtet - die Gründe hierfür mögen hier dahinstehen -, diesen Verhaltensweisen wird Krankheitswert beigemessen. Demgegenüber wird die Nikotinabhängigkeit, wie sie sich bei den nicht selten anzutreffenden Kettenrauchern in augenfälliger Form zeigt, gesellschaftlich akzeptiert oder doch jedenfalls geduldet, obwohl die gesundheitsschädliche Wirkung des Nikotingenusses außer Frage steht. Die Nikotinsucht spielt für die Frage des Krankheitsbegriffs bisher kaum eine Rolle ³⁾, wofür allerdings teilweise auch die von den Versicherern häufig auf freiwilliger Basis angebotenen Entwöhnungskuren verantwortlich sein mögen.

- 1) Aus medizinischer Sicht gehören Neurosen nicht zu den Geisteskrankheiten, sondern zu den seelischen Störungen, siehe Grönig, Deutsches Ärzteblatt 1974 S. 477, 478; Dannecker S. 112; zur Wertung als Krankheit Krauskopf § 182 Anm. 2.4; Brackmann II S. 384 g; Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/267; BSG BSGE 31, 279 ff (281) sowie für die Rentenversicherung zur "seelischen Störung" BSGE 21, 189 ff (193).
- 2) BSG BSGE 28, 114 ff (115); Krauskopf a.a.O.; Brackmann II S. 348 ff mit weiteren Nachweisen.
- 3) Nach Albrecht, Die Krankenversicherung 1973 S. 89, lassen sich die vom Bundessozialgericht für die Beurteilung der Trunksucht herangezogenen Kriterien allgemein der Beurteilung von Suchtkrankheiten zugrundelegen; zur Frage des Rauchens siehe Grönig, Deutsches Ärzteblatt 1974 S. 557; Spielmeier, Die Ortskrankenkasse 1971 S. 837.

4.2 Kritik der in Rechtsprechung und Literatur herrschenden Auffassung

Die oben genannten Beispiele verdeutlichen, daß für die allgemeine Inhaltsbestimmung wie für die Fortentwicklung des Krankheitsbegriffes der gesetzlichen Krankenversicherung von der insoweit federführenden Rechtsprechung und auch der ihr folgenden Literaturmeinung seit geraumer Zeit auf die Interpretation einzelner Teile der Begriffsformel zurückgegriffen wird. Als Folge hiervon konzentriert sich die Kritik an der herrschenden Auffassung, soweit eine solche geübt wird, regelmäßig auf die Auseinandersetzung über Aspekte einzelner Interpretationsfragen. Dieser Ansatzpunkt der Diskussion des Krankheitsbegriffs vermag nicht zu befriedigen. Vor einer Erörterung einzelner aus der Interpretation von Teilen der Begriffsformel folgender Gesichtspunkte muß die Begriffsformel in ihrem Zusammenhang als Ganzes und ihre Teile im Rahmen dieses Zusammenhanges erörtert werden; letzteres bedeutet, daß vor der Interpretation eines Teiles der Begriffsformel geprüft werden muß, ob dieser Teil denn überhaupt zu recht als Bestandteil der Krankheitsdefinition auftaucht.

4.2.1 Grundsätzliche systematische Mängel der Begriffsformel

Das oben aufgezeigte Verfahren der Krankheitsdefinition ausgehend von dem Wort Krankheit über eine Begriffsformel, deren einzelne Teile ihrerseits wiederum der Interpretation bedürfen, erscheint bereits für sich genommen bedenklich. Ein Bedeutungswandel gesetzlicher Vorschriften durch eine geänderte Interpretation einzelner Tatbestandsmerkmale ist im Rahmen zulässiger richterlicher Rechtsfortbildung einer sachgerechten Regelung in der Regel förderlich. Wenn jedoch ein grundlegendes Element eines ganzen Versicherungszweiges derartigem Wandel in einem so hohen wie dem vorstehend geschilderten Maße unterliegen kann, so stellt sich die Frage, ob die krankheitsbezogenen Versicherungsnormen noch einen ausreichenden objektiven gesetzlichen Gehalt aufweisen

oder die Grenze zum reinen Richterrecht überschritten ist. Die Krankheitsdefinition der herrschenden Meinung legt durch das ihr innewohnende Bedürfnis nach einer über die Begriffsformel hinausgehenden inhaltlichen Fixierung jedenfalls die Möglichkeit von Manipulationen förmlich nahe.

Als Beispiel einer solchen Manipulation ist in diesem Zusammenhang die sogenannte Unfruchtbarkeitsentscheidung aus dem Jahre 1936 zu nennen, in welcher Krankheit bereits bei bloßer Regelwidrigkeit des Zustandes der Versicherten angenommen wurde ¹⁾; nicht ohne Zustimmung in der Literatur ²⁾. Die spätere Rechtsprechung und Literatur werteten das Urteil als zeitgeschichtlich bedingte Ausnahme ohne allgemeine Aussagefähigkeit ³⁾. Als Lehre wird man aus diesem Vorgang jedoch ziehen müssen, daß politischer Druck unter dem Deckmantel der Interpretation gewichtige Rechtsänderungen herbeiführen kann. In einer derartigen Situation bedarf es naturgemäß eines umso geringeren Druckes je unbestimmter der anzuwendende Begriff ist ⁴⁾.

Nimmt man dies nicht zum Anlaß, auf Begriffsformeln grundsätzlich zu verzichten und statt dessen die Bestandteile der Begriffsformel beispielsweise direkt in den Gesetzestext einzufügen - was eine Interpretationsstufe entfallen läßt - so muß doch ein Höchstmaß an begrifflicher Exaktheit angestrebt werden.

- 1) Reichsversicherungsamt in Die Arbeiterversorgung 1936 S. 546 ff.
- 2) Kühne, Die Arbeiterversorgung 1940 S. 310.
- 3) Vergl. Hillebrand, Die Krankenversicherung 1961 S. 313 und dort Anmerkung 10; Peters, Die Arbeiterversorgung 1962 S. 188; Brackmann II S. 384 e mit Hinweis auf die abweichende Ansicht des Bayrischen Landesversicherungsamtes.
- 4) Entsprechend starkem Druck wird keine gesetzliche Regelung, die von Menschen angewendet werden soll, standhalten; ein Beispiel ist der Mißbrauch des vertrauensärztlichen Dienstes in der nationalsozialistischen Zeit für "Gesundschreibeaktionen", vergl. Peters, Zeitschrift für Sozialreform 1974 S. 385.

Weitere Bedenken ergeben sich daraus, daß die Krankheitsdefinition der herrschenden Meinung im Sinne der Erfassung auch präventiver Maßnahmen interpretiert wird. Der Grund hierfür ist offenkundig der Versuch der Rechtsprechung, empfindliche Lücken in der Risikoabseicherung *de lege lata* zu schließen.

Die angesprochene Problematik zeigen anschaulich die sogenannten Tollwutfälle ¹⁾. Wird ein Versicherter von einem tollwutverdächtigen Tier gebissen, so bejahen Rechtsprechung und Literatur einen Rechtsanspruch des Versicherten auf Versicherungsleistungen, gestützt auf § 182 RVO ²⁾; die für den Fall des Tollwutverdachtes getroffene Entscheidung darf dabei als generell für Fälle von Infektionsverdacht gültig angesehen werden ³⁾. Begründet wird der Rechtsanspruch mit allgemeinen Erwägungen denen der Gedanke zugrundeliegt, man müsse wegen der Unmöglichkeit eines Abwartens bis zur objektiven Feststellbarkeit von Krankheit hier sofort handeln ⁴⁾.

Im Ergebnis ist dem völlig zuzustimmen. Es wäre undenkbar, dem von einem tollwutverdächtigen Tier gebissenen Versicherten Leistungen der Krankenversicherung bis zu einem Zeitpunkt zu versagen, an dem sein Anspruch durch die objektive Feststellbarkeit von Krankheit nachweisbar, der Versicherte aber unabänderlich dem Tode geweiht ist. Sollen solche Leistungen als Regelleistungen gewährt werden, läßt sich dies *de lege lata* auch nur über einen

- 1) Hierbei handelt es sich um einen typischen Sachverhalt, der sich zur Darlegung der Kritik besonders gut eignet; ähnlich liegt der von BSGE 35, 10 ff (13) besprochene Fall von Maßnahmen zur Verhinderung der Entstehung von Folgeerkrankungen (dort für den zahnärztlichen Bereich).
- 2) Reichsversicherungsamt in Die Arbeiterversorgung 1929 S. 537 ff für den Fall ungewisser Ansteckung durch ein nachweislich tollwütiges Tier; nach Reichsversicherungsamt in Entscheidungen und Mitteilungen Band 27 S. 251 ff genügt ein "ärztlich festgestellter Krankheitsverdacht"; Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/267; Brackmann II S. 384 c.
- 3) Hillebrand, Die Krankenversicherung 1961 S. 313; Kühne, Die Arbeiterversorgung 1940 S. 311.
- 4) Reichsversicherungsamt in Entscheidungen und Mitteilungen Band 27 S. 251 ff (252, 253); Kühne a.a.O.

Anspruch des Versicherten nach § 182 RVO erreichen. Juristisch Überzeugen kann die Begründung des Leistungsanspruches indessen nicht.

Geht man im Beispielsfall einmal davon aus, daß das betreffende Tier zu Unrecht der Tollwut verdächtigt wurde, so fehlt den an den Versicherten mit dem Ziel der Tollwutbekämpfung erfolgten Leistungen jeder Rückhalt in den objektiven Gegebenheiten. Weder kann der Zustand des Versicherten durch Schutzimpfungen mit einem Serum behoben, verbessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden - der Versicherte ist ja gar nicht tollwutinfiziert -, noch sind solche Leistungen objektiv erforderlich oder zweckmäßig, was die herrschende Meinung grundsätzlich aber für einen Leistungsanspruch verlangt ¹⁾. Man stößt hier daher auch teilweise auf sprachliche Verwirrungen, die der Absicht entspringen, Krankheit mit Krankheitsverdacht einerseits zu identifizieren ohne dies aber andererseits klar aussprechen zu wollen - oder zu können ²⁾.

1) BSG BSGE 28, 114 ff (115); Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-1-; Albrecht, Die Sozialversicherung 1975 S. 126; Peters, Die Arbeitsversorgung 1962 S. 187; Brackmann II S. 384 b mit weiteren Nachweisen. Auch die von Dannecker, Dannecker S. 141 ff (142) vorgeschlagene stärkere Berücksichtigung medizinischen Wissens ändert nichts hieran. Krauskopf Vor § 181 Anm. 2 bezieht die Fälle konkreten Krankheitsverdachtes explizit in § 182 Absatz I RVO mit ein.

2) So zum Beispiel Peters, Die Ortskrankenkasse 1959 S. 463: ".... war der regelwidrige Körperzustand in der durch den Biss eingetretenen Körperverletzung zu sehen" - mit der Schutzimpfung soll aber nicht der regelwidrige Zustand Bisswunde sondern die befürchtete Infektion bekämpft werden; dagegen Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/267: "Die Impfung ist in einem solchen Fall nicht bloße Vorbeugung, sondern ärztliche Behandlung wegen der schon vorhandenen in der infizierten Wunde bestehenden Krankheit" - fraglich eben nur, ob die Wunde tatsächlich infiziert ist. Da das Reichsversicherungsamt selbst von "Krankheitsverdacht" spricht, müßte nach Peters a.a.O. ein Verdacht als solcher ärztlich behandelbar sein! Vergleiche zu diesem Komplex ergänzend BSGE 35, 10 ff (13) zu einem Fall zahnärztlicher Behandlung.

Derartige Formulierungsversuche erreichen zwar für den Versicherten das gegenwärtig gewünschte Ergebnis; einer systematischen Erfassung und Abdeckung des versicherten Risikos ist es jedoch in hohem Maße abträglich, ja sie wird förmlich ungewollt verhindert, wenn man so unterschiedliche Lebenssachverhalte wie Krankheit und Krankheitsverdacht in eine einheitliche regelungstechnische Krankheitsdefinition einbezieht. Es muß bezweifelt werden, daß auf der Grundlage des Krankheitsbegriffes der herrschenden Meinung eine optimale Konzeption der Risikoabsicherung errichtet werden kann.

4.2.2 Inhaltliche Mängel der Begriffsformel

Die von der herrschenden Meinung gebrauchte Begriffsformel ist nicht nur aus den vorgenannten grundsätzlichen Erwägungen heraus unbefriedigend; sie vermag darüber hinaus auch nicht in der Wahl der sie bildenden Elemente zu überzeugen.

4.2.2.1 Der regelwidrige Zustand als Element der Begriffsformel

Eines der Kernstücke der gegenwärtig anerkannten Begriffsformel ist der "regelwidrige Zustand" als derjenige Sachverhalt, von welchem die Begriffsbestimmung inhaltlich ausgeht. Während anderen in ihrer Verwendung zweifelhaften Begriffselementen zugebilligt werden kann, daß, für sich alleine betrachtet, ihre Aussage im wesentlichen klar ist und damit einer größeren Genauigkeit bei der Beschreibung des gemeinten Sachverhaltes dient - so beispielweise bei dem Begriffsmerkmal der Arbeitsunfähigkeit ¹⁾ - trifft dies auf die Formulierung regelwidriger Zustand nicht zu.

Unabdingbare Voraussetzung für ein aussagefähiges Anknüpfen an Regelwidrigkeit ist die Festlegung der Regel selbst. Ohne sie, zu der im Widerspruch zu stehen ja den regelwidrigen Zustand nur charakterisieren kann, muß eine solche Formulierung unbestimmbar und logisch fragwürdig bleiben ²⁾, ein Bedenken, welches sich

¹⁾ Die Aussagekraft ergibt sich zumindest mittelbar aus den von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätzen, vergl. Albrecht, Die Krankenversicherung 1973 S. 90.

²⁾ Siehe Peters, Die Arbeiterversorgung 1962 S. 185.

auch im Streit der Mediziner um den richtigen Weg zur Krankheitsdefinition findet ¹⁾.

Es wird folgerichtigerweise denn auch versucht, den Begriff Regelwidrigkeit durch das Aufstellen einer Art Regel näher zu erläutern: Regelwidrig soll ein Zustand sein, der von der "Norm" abweiche, die durch das "Leitbild des gesunden Menschen" gesetzt sei ²⁾.

Diese Umkehrung des gedanklichen Ansatzes führt einmal dazu, daß der Bereich zwischen Krankheit und Gesundheit liegender Lebenssachverhalte versicherungsrechtlich unterschlagen wird ³⁾; zumindest erfolgt die Annäherung aus der dem im Gesetz enthaltenen Begriff genau entgegengesetzten Richtung. Zum zweiten kann es diese Klausel mit derjenigen, die sie erläutern soll, hinsichtlich der inhaltlichen Unbestimmtheit vollauf aufnehmen ⁴⁾. Die Frage, was man sich unter dem "Leitbild des gesunden Menschen" vorzustellen hat, erscheint völlig offen. Der sprachlich unglückliche Ausdruck meint sachlich wohl eben: einen gesunden Menschen. Nach Ansicht des Bundessozialgerichts, das bezeichnenderweise vor dem Problem der Erläuterung der Erläuterung steht, "ist der nicht leicht zu umschreibende Begriff der Gesundheit für die Rechtspraxis ausreichend mit dem Zustand gleichzusetzen, der dem Einzelnen die Ausübung der körperlichen Funktionen ermöglicht" ⁵⁾. Was die Praxistauglichkeit dieser Definition betrifft, so erscheint der Hinweis auf ein einzelnes

1) Vergleiche Diepgen/Gruber/Schadewaldt Handbuch S. 38.

2) BSG BSGE 26, 240 ff (242); 33, 9 ff (10); 35, 10 ff (12); Gesamtkommentar § 182 Anm. 5; Bley C III 2 b (S. 154); G. Albrecht, Die Sozialversicherung 1975 S. 126; Schroeder-Printzen, Wege zur Sozialversicherung 1979 S. 132, 133.

3) Diesbezügliche Bedenken äußert W. Ecker, Die Sozialgerichtsbarkeit 1972 S. 461 ff (462).

4) Vergleiche Albrecht, Die Sozialversicherung 1970 S. 260; Spielmeier, Die Ortskrankenkasse 1971 S. 837.

5) BSG BSGE 35, 10 ff (12).

früheres Urteil ¹⁾ zum Beleg der allgemeinen Verwendbarkeit nicht ausreichend ²⁾. Die Schlußfolgerung aus der Begriffsbestimmung des Gerichts führt weiter dazu, den regelwidrigen Zustand im Sinne des herrschenden Krankheitsbegriffes als solchen der Störung körperlicher Funktionen anzusehen; geistige oder seelische Regelwidrigkeiten, die die körperlichen Funktionen nicht beeinträchtigen, unterfielen dieser Definition nicht. Diese restriktive Auffassung hat das Gericht in der eigenen Rechtsprechung und sogar ausdrücklich in der von ihm verwendeten Begriffsformel selbst aufgegeben; seine Begriffshandhabung ist in sich widersprüchlich.

Die vorstehende Folge seiner Regelfestlegung mag von dem Bundessozialgericht nicht beabsichtigt sein; es besteht kein Anlaß zu der Annahme, daß krankhaften Zuständen des Geistes oder der Seele der ihnen bereits zuerkannte Krankheitswert wieder abgesprochen werden sollte. Das Problem ist aber damit nicht gelöst. Geistige und seelische "Regelwidrigkeiten" lassen sich nicht als "Funktionsstörungen" definieren; es fehlt dafür schon an einer brauchbaren Weise, in der die jeweiligen "Funktionen" festgelegt werden könnten.

Der funktionsorientierte Versuch einer Regelbestimmung ist somit zum Scheitern verurteilt, mit der Folge, daß Rechtsprechung und herrschende Literaturmeinung außerstande sind, dem "regelwidrigen Zustand" als Element des Krankheitsbegriffes der gesetzlichen Krankenversicherung konkrete Aussagekraft zu verleihen. Die Ursache dafür liegt in der quasimedizinischen Natur dieses Teiles der Begriffsformel, deretwegen die Literatur insoweit ja auch teilweise von einem Krankheitsbegriff im medizinischen Sinne spricht ³⁾.

1) BSG a.a.O. verweist auf BSGE 30, 151 ff (153).

2) Als Gegenbeispiel vergleiche Werdermann, Der Betrieb 1975 Beilage 15 S. 3.

3) Bogs Sozialpolitik S. 329; Bley C III 2 b (S. 154); Kühne, Die Arbeiterversorgung 1940 S. 315; dagegen Kruse, Die Ortskrankenkasse 1973 S. 596; anders auch Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-1-; das BSG spricht, BSGE 16, 210 ff (214), vom regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand als "üblichen Sprachgebrauch", was ebensowenig zutrifft.

Durch die Bezugnahme auf eine Regelwidrigkeit im Sinne einer Funktionsstörung finden ungelöste Probleme einer medizinisch ¹⁾ überholten Krankheitsdefinition Eingang in die Begriffsformel. Solange die rechtliche Definition der Regelwidrigkeit sich solcherart auf medizinisches Gedankengut stützt, kann ein zufriedenstellendes Ergebnis bei der Begriffsbestimmung von Krankheit nicht erzielt werden; die herrschende Krankheitsdefinition ist insoweit unbrauchbar.

4.2.2.2 Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit als Elemente der Begriffsformel

Zu den Grundlagen des derzeit herrschenden Krankheitsbegriffes der gesetzlichen Krankenversicherung gehört weiter, daß der regelwidrige Zustand des Versicherten "Heilbehandlung erfordert oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat"; Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit werden dabei als "Erscheinungsformen von Krankheit" verstanden, die keine eigenständigen Versicherungsfälle neben dem - alleinigen - der Krankheit darstellen ²⁾.

Die Einbeziehung der Arbeitsunfähigkeit in die Begriffsformel ist von der Literatur bereits verschiedentlich kritisiert worden ³⁾. Die Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen Krankheit und Arbeitsunfähigkeit ergibt sich dogmatisch zweifelsfrei aus der entscheidenden Norm der gesetzlichen Krankenversicherung, § 182 RVO. Nach Absatz 1 Nr. 2 dieser Vorschrift wird als Krankenhilfe gewährt "Krankengeld, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht". Ersetzt man in dem Gesetzestext den Begriff Krankheit nun durch die gebräuchliche Begriffsformel, der Augenfälligkeit wegen in der Fassung für den Fall alleinigen Vorliegens von Arbeitsunfähigkeit, so lautet

- 1) Gruber legt auf S. 150, 151 aus medizinischer Sicht ausführlich dar, warum sich Krankheit seines Erachtens nicht als Abnormität definieren läßt.
- 2) BSG BSGE 5, 283 ff (286); 16, 177 ff (180); Schulin Sozialversicherungsrecht RdNr. 109; H. Jäger Sozialversicherungsrecht S. 62; Brackmann II S. 384; Albrecht, Wege zur Sozialversicherung 1962 S. 258; anders für den Fall des Krankengeldes P. Caesar Sozialversicherung S. 84 ("Krankheit und Arbeitsunfähigkeit").
- 3) Vergleiche Töns, Die Ortskrankenkasse 1963 S. 332; derselbe, Die Ortskrankenkasse 1968 S. 350; Klaas, Die Betriebskrankenkasse 1962 S. 549; P. Caesar a.a.O.; Klaas, Die Ortskrankenkasse 1963 S. 518.

die Norm: "Als Krankenhilfe wird gewährt Krankengeld, wenn der regelwidrige Zustand welcher Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, den Versicherten arbeitsunfähig macht."

Ursache und Wirkung werden mithin gleichgesetzt, es handelt sich um einen klassischen Zirkelschluß ¹⁾.

Nach Auffassung des Bundessozialgerichtes ist "diese vermeintliche Unlogik jedoch dahin zu verstehen, daß anstelle einer umständlichen, schwerfälligen Umschreibung des Zustandes, der bei nicht mehr bestehender Behandlungsbedürftigkeit trotzdem noch 'Krankheit' darstellt, zur Vereinfachung und Abkürzung der rechtstechnische Begriff 'Arbeitsunfähigkeit' gesetzt wird." ²⁾. Begründete Skepsis zeigt das Gericht selbst, indem es fortfährt: "Der Sache nach ist jedenfalls (!) in Verfolg einer seit vielen Jahrzehnten unangefochtenen Rechtspraxis daran (der Interpretation des Krankheitsbegriffes in Fällen alleiniger Arbeitsunfähigkeit) festzuhalten" ³⁾. Es bedarf keiner näheren Begründung, daß eine langjährige, allgemein anerkannte Rechtspraxis nicht der Notwendigkeit einer Begründung der eigenen Auffassung und Prüfung des Weges, auf dem sie gewonnen wurde, enthebt. Stützt sich die vertretene Ansicht allein auf die Billigkeit des erzielten Ergebnisses unter Verzicht auf eine juristisch saubere Lösung der Probleme aus Gründen der "Vereinfachung und Abkürzung", so kann dies nicht akzeptiert werden. Sprachlich wie sachlich führt das Zusammentreffen solcher Lösungsgesichtspunkte regelmäßig zu einer "Verkürzung" der Probleme ⁴⁾.

1) Diese Erkenntnis ist nicht neu, wird von der herrschenden Meinung aber mit einer Beständigkeit ignoriert, daß selbst ihre Kritiker beginnen, sich an diese Ungereimtheit zu gewöhnen. So formuliert Bieback, Sozialer Fortschritt 1978 S. 265, 266: "Es ist müßig, dieser traditionellen Krankheitsdefinition den Vorwurf eines logischen Zirkelschlusses zu machen".

2) BSG BSGE 33, 202 ff (203).

3) BSG a.a.O.

4) Die von dem BSG in dem angesprochenen Urteil zu entscheidende Frage des Krankengeldanspruchs eines Versicherten wegen durch einen Defekt an seiner Beinprothese verursachter Arbeitsunfähigkeit hätte schwerpunktmäßig zu der Erörterung des Kausalzusammenhangs zwischen regelwidrigem Körperzustand und der Arbeitsunfähigkeit führen müssen. Wollte das Gericht neben der Stellungnahme zu diesem Problem die Kritik an der herkömmlichen Begriffsformel bei dieser Gelegenheit zurückweisen, so bedurfte es hierzu einer stichhaltigeren Begründung.

Wie sich aus § 182 Absatz I Nr. 2 RVO nun einmal eindeutig ergibt, ist für das Merkmal der Arbeitsunfähigkeit in dem Begriff der Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Systematik des Gesetzes kein Raum.

Auch das Begriffselement der Behandlungsbedürftigkeit findet zu Unrecht in der herkömmlichen Krankheitsdefinition Verwendung. Dies ergibt sich aus folgender Überlegung: Die übliche Begriffsformel soll gerade auch den Fall erfassen, daß die Krankheit den Versicherten nur arbeitsunfähig, nicht auch behandlungsbedürftig macht. In der hier zutreffenden Formel taucht konsequenterweise das Element Behandlungsbedürftigkeit nicht auf, obwohl es sich bei dem geschilderten Lebenssachverhalt um Krankheit handeln soll. Hieraus ließe sich schließen, daß Krankheit im Sinne des § 182 Absatz I Nr. 2 RVO - auf den dieser Fall abzielt - etwas anderes als Krankheit im Sinne der Nr. 1 derselben Vorschrift ist; dem steht entgegen, daß Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit ja auch kumulativ vorliegen dürfen. Nimmt man aber die Einheitlichkeit des Krankheitsbegriffes innerhalb des Paragraphen an, wofür im übrigen schon die Vermutung der Normlogik spricht, so kann die Behandlungsbedürftigkeit nicht zu diesem Begriff gehören ¹⁾.

Die aufgezeigten Probleme lassen sich auch nicht dadurch umgehen, daß man Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit als Erscheinungsformen eines einheitlich als Krankheit zu definierenden Lebenssachverhaltes bezeichnet. Ist ein Lebenssachverhalt seinem Inhalte nach festzulegen, so kann dies dann, wenn er verschiedene Erscheinungsformen aufweist, nicht in der Weise geschehen, daß man nach Belieben die eine oder andere Erscheinungsform in die Begriffsbestimmung ein- oder von ihr ausschließt. Ein solcher Begriff wäre notwendigerweise in jeder seiner jeweiligen Fassungen Stückwerk und unvollkommen.

¹⁾ Warum angesichts dieser Sachlage Krasney, Zeitschrift für Sozialreform 1976 S. 412, zu dem Schluß gelangt, es spreche "die Formulierung in § 182 Absatz I Nr. 1 RVO mehr für die herrschende Meinung", ist unverständlich.

Die Einbeziehung von Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit in den Begriff der Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung durch die herrschende Meinung ist demnach abzulehnen.

Sie beruht auf einem Mißverständnis der Funktion des Krankheitsbegriffes in der Gesetzessystematik: Die herkömmliche Begriffsformel definiert Krankheit als Summe der in § 182 RVO enthaltenen tatbestandlichen Voraussetzungen des Leistungsanspruches der Versicherten. Dabei wird übersehen, daß das Gesetz über das Vorliegen von Krankheit hinaus als eigenständige Tatbestandsmerkmale des Leistungsanspruches auf Krankenpflege in § 182 Absatz 11 RVO Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit einer Leistung verlangt, für den Anspruch auf Zahlung von Krankengeld in § 182 Absatz I Nr. 2 RVO durch Krankheit verursachte Arbeitsunfähigkeit. Nach der Begriffsbestimmung der herrschenden Meinung ist Krankheit nicht nur Versicherungsfall im Sinne einer Beschreibung des versicherten Risikos, sondern der den Anspruch auf Versicherungsleistungen unmittelbar auslösende Zustand ¹⁾, wobei lediglich der Umfang der Leistung noch nach Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit begrenzt wird, der Leistungsanspruch dem Grunde nach aber besteht.

Versicherungsfall und Leistungsfall werden mithin von der

1) Vergleiche Albrecht, Die Krankenversicherung 1973 S. 88: "Soweit ein Versicherter Anspruch auf ärztliche Behandlung hat, ist dieser Zustand Krankheit im Rechtssinne"; derselbe, Wege zur Sozialversicherung 1962 S. 258, wonach einerseits Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit lediglich Erscheinungen des Versicherungsfalles Krankheit sind (siehe dazu oben Seite 53 Anm. 2. , aber andererseits auf S. 259: "Als Versicherungsfall ist die Behandlungsbedürftigkeit wegen Krankheit anzusehen"; beachte auch Spielmeier, Die Ortskrankenkasse 1971 S. 837; Günther, Der Medizinische Sachverständige 1972 S. 44; Albrecht, Die Sozialversicherung 1958 S. 139; abweichend Schulin Sozialversicherungsrecht RdNr. 67; H. Jäger Sozialversicherungsrecht S. 60.

herrschenden Meinung qua Krankheitsdefinition gleichgesetzt¹⁾. Nach der Gesetzessystematik aber setzt der Leistungsanspruch des Versicherten mehr als ein bloßes Vorliegen von Krankheit voraus; versichertes Risiko und Leistungsanspruch sind nicht identisch.

4.2.3 Sprachliche Mängel der Begriffsformel

Die klassische Krankheitsdefinition vermag schließlich auch rein sprachlich nicht zu befriedigen; mag dies auch der geringste ihrer Mängel sein, so soll er hier doch nicht unerwähnt bleiben.

Nach der gebräuchlichen Begriffsformel erfordert die Bejahung von Krankheit das gleichzeitige oder alternative Vorliegen von Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Drei Sachverhaltsvarianten sollen also erfaßt werden, nämlich das alleinige Vorliegen von Behandlungsbedürftigkeit, das alleinige Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit und das Vorliegen beider. Dies auszudrücken bedarf es nicht der Formulierung "oder zugleich oder ausschließlich", einer sprachlichen Mißbildung. Reicht von zwei Voraussetzungen jede für sich genommen aus, einen bestimmten Erfolg herbeizuführen, so tritt dieser nach den Gesetzen der Logik auch bei gleichzeitigem Vorliegen beider Voraussetzungen ein. Die Verwendung des einfachen Wortes "oder" reicht in solchen Fällen völlig aus. Hinzu tritt, daß sich das von der herrschenden Meinung verwandte Wortgefüge auch nicht als nochmalige vorsorgliche Klarstellung rechtfertigt, welche Rechtsfolgen das gleichzeitige Vorliegen beider Voraussetzungen zeitigen soll. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, der die Klausel ihre Entstehung verdankt, befaßte sich zentral mit dem Fall

1) Zu der Begriffsdifferenzierung Bley C III 1 a (S. 152); zur Gleichsetzung von Versicherungs- und Leistungsfall Schimanski S. 26 siehe auch oben Seite 56 Anmerkung 1; grundsätzlich unterscheidend Brackmann II S. 384, aber der Verwendung der herkömmlichen Begriffsformel wegen widersprüchlich. Inwieweit die Formel vom Versicherungsfall der Krankheit als fehlerhaft oder mißverständlich bezeichnet werden muß, hängt von dem jeweiligen Gebrauch ab, vergleiche hierzu Jahn Sozialversicherungslehre S. 119 Anm. 4 mit verschiedenen Beispielen; siehe auch Albrecht, Die Sozialversicherung 1970 S. 260 als Beispiel für den Rückschluß von dem Versicherungsfall auf die Begriffsformel.

alleinigen Vorliegens von Arbeitsunfähigkeit ¹⁾, der bei Verwendung des einfachen "oder" ja ausdrücklich geregelt ist. Gegenstand des Urteils war nicht eine Änderung der Interpretation des Krankheitsbegriffes, sondern es sollte im Gegenteil die weitere Gültigkeit des bestehenden Begriffes betont werden ²⁾. Die Übernahme der sprachlichen Betonungselemente in die Begriffsformel trotz deren unbestrittener Geltung ist überflüssig und entspricht auch nicht der seinerzeitigen Intention des Reichsversicherungsamtes ³⁾.

Ebenso unnötig komplizierend erscheint die Auflistung der als regelwidrig in Betracht kommenden Bereiche innerhalb der Begriffsformel.

Außerhalb des Bereichs von Körper, Geist oder Seele läßt sich eine "Heilbehandlung" ihrem Wesen nach nicht durchführen, kann mithin auch nicht erforderlich sein. Umgekehrt: ist sie erforderlich, so ist auch der sie erfordernde Zustand ein solcher von Körper, Geist

1) Reichsversicherungsamt, Die Arbeiterversorgung 1927 S. 408 mit Verweis auf Reichsversicherungsamt, Amtliche Nachrichten 1916 S. 341 sowie 1920 S. 319 betont:
"...oder zugleich oder s o g a r ausschließlich" (Sperrung vom Verfasser).

2) Töns, Die Ortskrankenkasse 1963 S. 306, 307.

3) In der Literatur glaubt man sich bei Verwendung dieser Klausel in Übereinstimmung mit dem Reichsversicherungsamt, Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-2-; Töns, Die Ortskrankenkasse 1963 S. 307; und erkennt damit die Funktion der Klausel in dem Urteil. Teilweise verwendet man auch das einfache "oder", siehe oben S. 10 Anmerkung 1, ohne nähere Erläuterung. Generell schenkt die Literatur solchen sprachlichen Details der Begriffsformel nicht genügend Aufmerksamkeit, so wollen beispielsweise auch die Seele nicht als möglicherweise regelwidrigen Bereich nennende Autoren damit keineswegs den Krankheitswert von Neurosen bestreiten.

oder Seele. Nach Einbeziehung der Neurosen, das heißt grundsätzlich auch seelischer Zustände ¹⁾ in den Bereich mit Krankheitswert, ist für den Fall der Behandlungsbedürftigkeit diese Aufzählung als auslösender Zustände allumfassend und damit überflüssig geworden ²⁾; man könnte ebensogut schlechthin von einem regelwidrigen Zustand "des Menschen" - oder im Sinne der herrschenden Meinung genauer "des Versicherten" - sprechen. Die einzige sachliche Bedeutung, die der Aufzählung heute noch zukommt, ist die Vorspiegelung einer Exaktheit bei der inhaltlichen Bestimmung des Formelelementes regelwidriger Zustand, die sich tatsächlich in keiner Weise erreichen läßt, wie vorstehend bereits dargelegt; die Verfolgung dieses Effektes kann sicherlich kein legitimes Anliegen der Begriffsformel sein.

Im Falle alleiniger Arbeitsunfähigkeit besteht aber gleichfalls kein Bedarf nach einer solchen Auflistung. Zwar mögen andere "regelwidrige Zustände", wie Firmenkurse, Streiks, Betriebsstörungen etc., die im Rahmen der Krankenversicherung keine Berücksichtigung finden sollen, die Erbringung der Arbeitsleistung durch den Versicherten ausschließen. In diesen Fällen ist er jedoch nicht arbeitsunfähig, sondern lediglich an der Ausübung der Arbeit, zu der er weiterhin fähig ist, gehindert. Auch die Arbeitsunfähigkeit hat wie die Behandlungsbedürftigkeit einen wesensgemäß personalen Bezug.

Einer Aufzählung der Bereiche, innerhalb derer regelwidrige Zustände Krankheitswert haben sollen, bedarf die Begriffsformel der herrschenden Meinung somit nicht.

- 1) Vergleiche oben S. 45 Anm. 1. ; zur Frage der Geisteskrankheiten und deren Einbeziehung in die Krankenversicherung Albrecht, Zentralblatt für Sozialversicherung 1949 S. 165 ff.
- 2) Zum Fortfall einschränkender Wirkung bei Begriffen der Krankenversicherung Peters Grundlagen S. 77.

4.3 Zusammenfassung der Kritik

Die Diskussion des für die gesetzliche Krankenversicherung gebräuchlichen Krankheitsbegriffs führt zum Nachweis erheblicher Mängel.

Die Begriffsformel bedarf in bedenklichem Maße der ergänzenden Interpretation. Durch die Verquickung von Krankheit mit Krankheitsverdacht steht sie einer systematischen Risikoabsicherung für die Versicherten im Wege.

Mit der Bezugnahme auf einen "regelwidrigen Zustand" des Versicherten, erläutert als Störung von - körperlichen - Funktionen, finden auf nicht absehbare Zeit unlösbare medizinische Probleme Eingang in den versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff. Die derzeitige Beschränkung der Erläuterung auf körperliche Funktionsstörungen steht zudem im Widerspruch zur Anerkennung geistiger und seelischer Zustände als krankheitswertig; eine analoge Ausdehnung auf geistige und seelische "Funktionen" erscheint nicht möglich.

Die Einbeziehung von Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit in die Krankheitsdefinition läßt sich mit der Gesetzessystematik nicht vereinbaren.

Die Begriffsformel bedient sich unnötig komplizierender Formulierungen.

Der Krankheitsbegriff der herrschenden Meinung muß daher im Ergebnis abgelehnt werden.

4.4 Entwicklung eines Krankheitsbegriffes anhand der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine Alternative zu dem traditionellen Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung muß, da es sich auch dabei um einen teleologischen Begriff handelt, im Rückgriff auf die Funktion des Krankheitsbegriffes

in den ihn verwendenden Normen unter Berücksichtigung der beabsichtigten rechtlichen Gestaltung der betroffenen Lebenssachverhalte entwickelt werden.

Die Fälle, in denen der Krankheitsbegriff in krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung auftaucht, lassen sich in drei Gruppen untergliedern:

- Regelungen der Versicherungspflicht, §§ 165, 166 RVO, in welchen von einer Versicherung "für den Fall der Krankheit" gesprochen wird;
- Leistungsansprüche behandelnde Normen der Regelung der Früherkennung von Krankheiten, §§ 181 - 181 a RVO, und der Krankenhilfe, § 182 RVO;
- Normen, deren Text oder Sachzusammenhang einen Bezug zu demjenigen von Vorschriften der ersten beiden Gruppen herstellt (die Regelung der Kassenzuständigkeit in §§ 257 ff, der Mitgliedschaft in der Versicherung in §§ 306, 312, 315 a und der Beitragslast in § 381 RVO zu § 165 RVO; die §§ 179, 181 b, 183, 184, 187, 189, 192, 205, 209 a, 215 - 217, 223, 364, 369, 369 a RVO zu §§ 181 - 182 RVO).

Da die letztgenannte Gruppe von Vorschriften den Krankheitsbegriff nicht eigenständig sondern im inhaltlichen Rückgriff auf die Normen der ersten beiden Gruppen verwendet, eignen sich diese Vorschriften nicht für einen Ansatz zur Bestimmung des Begriffsinhaltes von Krankheit. Soweit sie Gesichtspunkte des Krankheitsverständnisses enthalten, handelt es sich nicht um echte Begriffsmerkmale; es sind vielmehr "obiter dicta" einer vorgegebenen Krankheitsdefinition.

Die Regelungen der Versicherungspflicht bezeichnen als Krankheit denjenigen "Fall", für den der in diesen Normen näher bestimmte Personenkreis versichert ist. Diese Formulierung ist mehrdeutig; nach ihr läßt sich Krankheit einmal mit der herrschenden Auffassung des Krankheitsbegriffes als unmittelbar Versicherungsleistungen

auslösender Lebenssachverhalt verstehen, d.h. als Leistungsfall, zum anderen als stichwortartige Benennung des versicherten typischen Lebensrisikos¹⁾. Aus den Vorschriften der ersten Gruppe für sich alleine betrachtet, kann man hier keine Entscheidung treffen. Ihre inhaltlich eindeutige Aussage über den Begriff der Krankheit beschränkt sich darauf, daß es sich bei Krankheit jedenfalls zumindest um das versicherte Lebensrisiko handelt, wobei die Abschwächung von dessen Wirkung auf den Einzelnen durch die Unterstützung einer Solidargemeinschaft von Versicherten auf die den Leistungsregelungen zu entnehmende Art und Weise von dem Gesetz beabsichtigt wird. Das Problem der Krankheitsdefinition läßt sich mithin - insoweit in Übereinstimmung mit der herrschenden Meinung - nur anhand der Vorschriften der zweiten Gruppe, den Leistungstatbeständen behandeln.

4.4.1 Der Krankheitsbegriff in §§ 181, 181 a, 182 RVO

Die §§ 181, 181 a RVO befassen sich mit "Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten", § 182 RVO mit der Krankenhilfe. Bei §§ 181, 182 RVO handelt es sich um Anspruchstatbestände, das heißt Normen, welche den Versicherten einen Rechtsanspruch auf die Gewährung bestimmter Leistungen der Krankenversicherung verschaffen; § 181 a RVO regelt die Voraussetzungen der Anordnung weiterer Früherkennungsmaßnahmen. Wenn die letztgenannte Vorschrift den Versicherten auch keinen unmittelbaren Leistungsanspruch gewährt, so handelt es sich doch um eine Vorstufe, den ersten Schritt auf einen solchen Anspruch hin. Der Krankheitsbegriff muß daher in allen drei Paragraphen unter dem Gesichtspunkt der Erbringung von Versicherungsleistungen untersucht werden.

1) Vergleiche Bogs Sozialpolitik S. 328; Peters, Die Ortskrankenkasse 1959 S. 436 meint zwar dasselbe, weicht aber eben aus Gründen der hier erörterten Problemstellung aus ("somit ist für dieses Rechtsgebiet die Krankheit nur zu der das versicherte Risiko" - gemeint sind die Fälle der Versicherungsleistung - "auslösenden Ursache erhoben"); ebenso derselbe Handbuch 11/1 § 182 S. 17/266-1-.

Leistungsziel der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten ist die möglichst rechtzeitige Entdeckung und damit Möglichkeit der Bekämpfung von Krankheiten ¹⁾. Zu diesem Zweck werden in § 181 RVO als Leistungen angeboten regelmäßige Untersuchungen auf Krebserkrankungen bei Frauen und Männern ab Erreichen einer bestimmten Altersgrenze, Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres. Krankheit im Sinne des § 181 RVO ist demnach keine Leistungsvoraussetzung ²⁾; andernfalls wäre das Vorliegen von Krankheit Bedingung für eine Untersuchung auf das Vorliegen von Krankheit hin, die Untersuchung selbst also infolge der Feststellung ihrer Voraussetzung überflüssig ³⁾. Statt dessen bezeichnet Krankheit den Gegenstand der Untersuchung, deren Objekt der Versicherte ist, die medizinische Untersuchung durch den Arzt stellt mithin ein Mittel zur Erkennung von Krankheit dar. Dabei muß es sich nicht um die einzig mögliche Methode der Krankheitsfeststellung handeln; da sie jedoch auf Krankheit in einem frühen, noch schwer erkennbaren Stadium anspricht, handelt es sich aber jedenfalls um eine besonders geeignete und damit den Lebenssachverhalt Krankheit als ihren Gegenstand charakterisierende Methode.

Weiter ergibt sich aus § 181 Absatz I Nr. 2 und 3 RVO, daß Krebs zu den Krankheiten zu zählen ist, aus § 181 Absatz I Nr. 1 RVO, daß bestimmte Krankheiten die "normale körperliche oder geistige Entwicklung eines Kindes in besonderem Maße gefährden". Letzteres verdient in zweifacher Hinsicht Beachtung; einmal wegen des Widerspruchs zu der im Bereich der Krankenhilfe - also bei akuter Krankheit - allgemeinen Ablehnung einer Leistungsbeschränkung auf körperlich-geistige Krankheiten unter Ausschluß von seelischen, zum zweiten des Rückschlusses wegen, jede Krankheit stelle für den Kranken eine, wenn vielleicht auch nicht besondere, Gefährdung dar.

1) Peters Handbuch II/1 § 181 S. 17/248-12 a-, 17/248-12 b -; Gesamtkommentar § 181 Anm. 3.

2) Krauskopf Vor § 181 Anm. 1.2 und 2; Brackmann II S. 382 1; Bogs Sozialpolitik S. 321.

3) Bogs a.a.O.; Schulin Sozialversicherungsrecht Rdnr. 107.

Dies stellt ebenso wie die Methode der Krankheitsfrüherkennung einen Gesichtspunkt dar, der ohne Krankheit bereits zu definieren dem möglichen Begriffsinhalt von Krankheit erste Konturen verleiht.

Die Festlegung der Voraussetzungen einer Anordnung weiterer Früherkennungsmaßnahmen in § 181 a RVO gibt über den Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung Aufschluß durch den Umkehrschluß aus § 181 a Absatz I Nr. 1 - 3 RVO: Kommen als Untersuchungsgegenstand nur Krankheiten in Betracht, "die wirksam behandelt werden können", so muß es auch Krankheiten geben, bei denen dies nicht der Fall ist; müssen "das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen" und "die Krankheitszeichen medizinisch genügend eindeutig" erfaßbar sein, so muß es Krankheiten geben, auf welche dies nicht zutrifft. Andernfalls wären diese im Gesetz ausdrücklich niedergelegten Forderungen gegenstandslos. Die beiden letztgenannten halten dabei lediglich Grundsätze ökonomischen Mitteleinsatzes fest; aus der ersteren aber läßt sich schließen, daß sich der Begriff der Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung inhaltlich nicht auf diejenigen Zustände der Versicherten beschränkt, die "wirksam" behandlungsfähig, das heißt im Sachzusammenhang mit dem Leistungsziel der Früherkennung in ihrer Entwicklung oder ihrem Fortschreiten hinderbar sind, sondern auch solche Zustände umfaßt, die nicht in ihrer Weiterentwicklung gehindert werden können. Die grundlegende Vorschrift der krankenversicherungsrechtlichen Regelungen ist die Normierung der Krankenhilfe in § 182 RVO, unterteilt in Krankenpflege und Krankengeld. Leistungsziel der Krankenpflege in § 182 Absatz I Nr. 1 RVO ist die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankheitsfall, des Krankengeldes nach § 182 Absatz I Nr. 2 RVO ihre wirtschaftliche Sicherung. Dementsprechend umfaßt das Leistungsangebot der Krankenpflege ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie die Bereitstellung von im Krankheitsfalle benötigter Sachmittel, dasjenige des Krankengeldes besteht in finanziellen Zuwendungen. Die Krankengeldgewährung nach § 182 Absatz I Nr. 2 RVO setzt dabei eine Krankheit des Versicherten voraus, sowie seine hierdurch verursachte Arbeitsunfähigkeit. Krankheit im Sinne der Krankengeldregelung ist somit eine, nicht aber die einzige Leistungsvoraussetzung. Die Möglichkeiten, Folgerungen aus der betreffenden

Regelungen zu ziehen, begrenzen sich hierdurch; zwingend ergibt sich aus ihr lediglich, daß Krankheit den Versicherten in bestimmten Fällen arbeitsunfähig machen kann.

Anders ist dies bei der Krankenpflege nach § 182 Absatz I Nr. 1 RVO. Krankenpflege wird gewährt "von Beginn der Krankheit an", das heißt ab dem Zeitpunkt und während des Vorliegens von Krankheit. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen der Krankenpflege ist demnach grundsätzlich nur ein unter den Begriff der Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung zu subsumierender Sachverhalt, das Leistungsangebot steht dem Krankheitsbegriff als Leistungsvoraussetzung in korrelater Abhängigkeit gegenüber: wer krank ist, erhält Krankenpflege ¹⁾. Eingeschränkt wird diese Abhängigkeit im Ergebnis durch § 182 Absatz II RVO insofern, als die Krankenpflege dem Gebot der Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit unterliegt. Die Notwendigkeit der Krankenpflege ist dabei nach allgemeiner Auffassung abhängig davon zu beurteilen, daß eine tendentiell dem mit dem Inhalt des Krankheitsbegriffs beschriebenen Zustand entgegengerichtete Wirkung erzielt werden kann ²⁾.

Die Zielrichtung der von § 182 Absatz I Nr. 1 RVO erfaßten Maßnahmen richtet sich also gegen die Leistungsvoraussetzung Krankheit; der Versicherte soll infolge der Krankenpflege "weniger krank" sein, als er es sonst wäre: wer krank ist, erhält - soweit erforderlich und zweckmäßig - Krankenpflege zur Bekämpfung der Krankheit.

- 1) Im Gegensatz hierzu bezeichnet Schulin, Schulin Sozialversicherungsrecht RdNr. 112, als Voraussetzung für die Krankenpflege "Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit", wobei er sich auf die "herrschende Meinung" beruft. Die Ursache hierfür liegt im Widerspruch seiner der hier vertretenen Ansicht nahestehenden Ansatzpunkte zu dem auch von ihm verwandten Begriffssystem des herkömmlichen Krankheitsbegriffes.
- 2) BSG BSGE 26, 240 ff (243); 28, 114 ff (115); 35, 10 ff (12); Brackmann II S. 383; Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-3-; Krauskopf § 182 Anm. 2.1; Albrecht, Die Krankenversicherung 1973 S. 87.

Nach dem Gesagten ist Krankheit

ein mit Maßnahmen der Krankenpflege bekämpfbarer
Zustand des Versicherten.

Diese Feststellung sagt über den Inhalt des Krankheitsbegriffes mehr aus, als es zunächst den Anschein haben mag. Das Gesetz enthält eine umfangreiche, wenn auch nicht abschließende so doch typisierende und daher aussagekräftige Aufzählung von einzelnen Maßnahmen der Krankenpflege. Das Leistungsangebot in Verbindung mit dem sachgerechten Verständnis des Leistungszieles - Herbeiführung einer aus medizinischer Sicht vorteilhaften Veränderung beziehungsweise Entwicklung des Zustandes des Leistungsempfängers - vermag infolgedessen seinerseits die mit dem Begriff der Krankheit gemeinten Lebenssachverhalte durchaus mit hinreichender Genauigkeit zu typisieren, um im Einzelfall eine Subsumtion zu ermöglichen; das Verfahren entspricht dem aus § 181 RVO gewonnenen Gesichtspunkt der Krankheitsdefinition durch die krankheitstypische Früh-erkennungsmethode ¹⁾.

Die hiermit gefundene Krankheitsdefinition muß in zweierlei Hinsicht der Prüfung standhalten, wenn sie als brauchbar gelten will.

Zunächst ist zu fragen, ob Krankheit wirklich jeder mit Maßnahmen der Krankenpflege bekämpfbare Zustand ist, oder es sich um eine - nach welchen Gesichtspunkten zu treffende - Auswahl dieser Zustände handelt, und within die vorgenannte Definition zu weit reicht.

Die Begriffsbestimmung von Krankheit als nur eine Auswahl der mit Maßnahmen der Krankenpflege bekämpfbaren Zustände bedeutete, daß es der Krankenpflege zugängliche Zustände der Versicherten gäbe, bei denen Versicherungsleistungen wiewohl zweckmäßig und erforderlich nicht erbracht werden sollen; dann nur könnte es nämlich trotz der Beschränkung der Ansprüche der Versicherten durch § 182 Absatz II RVO zu ungewollten Leistungen kommen.

¹⁾ Für die Krankheitsdefinition als Gegenpol zu dem Leistungsangebot des § 182 Absatz I Nr. 1 RVO grundsätzlich auch Albrecht, Die Sozialversicherung 1970 S. 260; Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-1-, 17/266-2-; Gesamtkommentar § 182 Anm. 5. Zu den Rechtsfolgen als Maßstab der Begriffsbildung vergleiche auch Klaas, Die Betriebskrankenkasse 1962 S. 547.

Die Stellungnahme hierzu bedeutet eine sozialpolitische Entscheidung über den Stellenwert der gesetzlichen Krankenversicherung. Sieht man ihre Aufgabe in der umfassenden Absicherung der Versicherten gegenüber dem Krankheitsrisiko jedenfalls in dem Bereich des § 182 RVO, d.h. dort, wo sich das Risiko bereits realisiert hat - auf den Aspekt der Vorsorge, der im Rahmen einer systematischen Risikoabdeckung eine erhebliche Rolle spielt, kommt es hier nicht an - so darf man an den Leistungsanspruch des Versicherten in diesem Rahmen auch über die Zugänglichkeit seines Zustandes gegenüber dem Leistungsangebot, Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit der Leistung hinaus keine weiteren Anforderungen stellen.

Nach den derzeit herrschenden sozialpolitischen Vorstellungen ¹⁾, deren Berechtigung zu bejahen ist, begrenzen Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit die Leistungsverpflichtung der Versicherer in ausreichender Weise ²⁾.

- 1) Die Anerkennung oder Ablehnung bestimmter Zustände als krankhaft durch den Richter ist ein Politikum, siehe Kruse, Die Ortskrankenkasse 1973 S. 597; A. Müller, Die Ersatzkasse 1975 S. 15 ff; Peters, Die Ortskrankenkasse 1963 S. 249; derselbe, Zeitschrift für Sozialreform 1974 S. 386 sowie ebenda S. 526; Heinhold Sozialenquete S. 140 ff; Wannagat Sozialversicherungsrecht S. 149 ff; S. Günther, Der medizinische Sachverständige 1972 S. 47; v. Manger-Koenig Vorträge Hessische Hochschulwoche 1968 S. 147 ff (149). Dessen Bedeutung zeigt die Entwicklung der Krankenversicherung vom frühen 20. Jahrhundert zum heutigen Stand mit ihren sozialen und wirtschaftlichen Folgen, hierzu Grömig, Deutsches Ärzteblatt 1974 S. 559; für die jüngere Entwicklung Brackmann II S. 383; zum Bereich der Zahnkrankheiten Albrecht, Die Sozialversicherung 1975 S. 125, 126. Bedenken gegen die rechtliche Zulässigkeit der Entscheidung von Fragen von so gewichtiger politischer Bedeutung durch die Gerichte finden sich daher bereits bei Siewert, Die Krankenversicherung 1973 S. 155. Überzogen erscheint indessen die Formulierung von Thiemeyer, Zeitschrift für Sozialreform 1976 S. 403: "Was als 'Begriffswandel' erscheint ist ein Wandel in Hinsicht auf verteilungspolitische Grundentscheidungen". Auch ohne einen solchen Wandel kann beispielsweise ein Fortschritt in der Medizin zu einer Veränderung des Krankheitsverständnisses führen.
- 2) Dem entspricht es, wenn nach Albrecht, Die Krankenversicherung 1973 S. 87, die Möglichkeit ärztlichen Handelns vorausgesetzt bei Vorliegen aller übrigen Voraussetzungen im Zweifelsfalle "Krankheit" angenommen werden soll; im selben Sinne Schroeder-Printzen, Wege zur Sozialversicherung 1979 S. 129 ff (134, 135).

Auch das Gesetz enthält keinen Ansatzpunkt dafür, den Versicherten erforderliche und zweckmäßige medizinische Dienst- oder Sachleistungen der Krankenpflege vorzuenthalten; so kennt es beispielsweise die lege lata keine Einstandspflicht der Versicherung erst ab einer bestimmten Grenze oder bis zu einer solchen. Eine Beschränkung der Anspruchstatbestände der Versicherten darf aber schon um der Klarheit der Regelung und der ehrlichen Darstellung der sozialpolitischen Versicherungskonzeption willen nicht ohne eine eindeutige und ausdrückliche entsprechende Grundlage im Gesetz erfolgen. Es wäre unzulässig, zusätzliche Anspruchsvoraussetzungen in das Gewand der Krankheitsdefinition zu kleiden um sie solcherart der kritischen Überprüfung zu entziehen.

Die Definition von Krankheit durch die Zugänglichkeit des Krankheitszustandes gegenüber Maßnahmen der Krankenpflege dehnt den krankenversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff somit nicht unzulässig weit aus ¹⁾.

Eine andere Frage, die in genau die entgegengesetzte Richtung zielt, ist diejenige, ob unter Krankheit möglicherweise auch nicht der Krankenpflege zugängliche Zustände zu verstehen sind; in diesem Falle wäre die angesprochene Begriffsbestimmung zu eng.

Greift man auf die allgemeine Interpretation von § 182 Absatz II RVO zurück, wonach bereits die Linderung von Schmerzen für die

¹⁾ Dies gilt auch für die Dauerleiden, deren Zugehörigkeit zu dem Leistungsbereich der Krankenversicherung erst neuerdings bejaht wird, Krauskopf § 182 Anm. 2.1, 2.2, Brackmann II S. 383 ff. Bei dem bisherigen Ausschluß dieser Leiden handelte es sich ohnehin nicht um eine Folgerung aus der traditionellen Begriffsformel, sondern eine quasi externe Schranke des Begriffes der herrschenden Meinung; vergleiche auch Achinger Sozialenquete (3. Kapitel) S. 261 ff, 280 ff.

Bejahung der Notwendigkeit und damit implicit der Möglichkeit der Krankenpflege ausreicht ¹⁾, erscheint in Anbetracht der Vollständigkeit der medizinischen Versorgung nach § 182 Absatz I Nr. 1 RVO sowie dem heutigen Stand der medizinischen Erkenntnis ein solcher Sachverhalt nicht vorstellbar; insbesondere die sogenannten unheilbaren Krankheiten sind nämlich in dem vorgenannten Sinne behandelungsfähig. Setzt man einen solchen Fall um der Begriffsprüfung willen gleichwohl theoretisch voraus, so dürften Maßnahmen der Krankenpflege infolge der Leistungsbegrenzung durch § 182 Absatz II RVO unabhängig von dem Vorliegen von Krankheit im Ergebnis ohnehin nicht gewährt werden. Das begriffliche Vorliegen von Krankheit wäre dann bedeutungslos ²⁾; von einer Begrenzung des Leistungsanspruches durch den Krankheitsbegriff könnte man insofern nicht sprechen.

Die Prüfung der oben entwickelten Krankheitsdefinition vermag in diesem Punkte nicht völlig zu befriedigen. Die Ursache hierfür ist grundsätzlicher Natur. Zwar dürfen bei einem juristischen teleologischen Zweckbegriff funktionell irrelevante Sachverhalte unberücksichtigt bleiben, da gerade dies das Wesen einer solchen Begriffsbestimmung ausmacht. Der Zweckbegriff kann aber immer nur, wie eingangs dargestellt, ein nachrangiges Hilfsmittel in Ermangelung eines wissenschaftlichen Erkenntnisbegriffes sein. Wäre der Zweckbegriff begrifflich vollkommen, so wäre er mit dem erkenntnistheoretischen Begriff identisch; seine Unvollkommenheit ist für ihn kennzeichnend.

1) Siehe oben Seite 65 Anmerkung 2.

2) Vergleiche Albrecht, Die Sozialversicherung 1970 S. 261.

Entscheidend ist die Frage, ob die Begriffsbestimmung ihrer Aufgabe gerecht wird und hierbei zugleich das Höchstmaß inhaltlicher Präzision erreicht wird. Dies aber ist im vorliegenden Fall zu bejahen. Die Charakterisierung von Krankheit durch die Zugänglichkeit gegenüber dem Leistungsangebot von § 182 Absatz 1 Nr. 1 RVO entspricht den funktionellen begriffssystematischen Anforderungen der Vorschrift.

4.4.2 Ergebnis der Begriffsbestimmung

Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung ist somit ein Zustand des Versicherten, der mit Maßnahmen der Krankenpflege bekämpft werden kann. Sucht man dieses Ergebnis in einer für den rechtlichen Laien griffigen Formel zusammenzufassen, so bietet sich zur Illustration die Übernahme der von Rechtsprechung und Literatur zu der Notwendigkeit der Krankenpflege entwickelten Dreigliederung an, daß der Zustand des Versicherten "behoben, verbessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden" soll ¹⁾. Die unplastische Vokabel behandlungsfähig wird hierdurch vermieden, ohne daß der Krankheitsbegriff eine inhaltliche Veränderung erführe. Damit ergibt sich:

"Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Zustand des Versicherten, der mit Maßnahmen der Krankenpflege behoben, verbessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden kann."

4.5 Vergleich von herkömmlicher und alternativer Begriffsformel

Die allgemein gebräuchliche wie die hier entwickelte, im folgenden auch als alternative Begriffsbestimmung bezeichnete Krankheitsdefinition, versuchen eine Inhaltsbeschreibung von Krankheit ausgehend von § 182 RVO, insbesondere von dessen Leistungsangebot. Die Begriffsformeln unterscheiden sich nicht in ihrem gedanklichen Ansatz, sondern in dessen Ausführung; einzelne Elemente lassen sich daher in ihrer Funktion vergleichen.

1) Siehe oben Seite 65 Anmerkung 2.

Die Krankheit ausmachende Besonderheit des Zustandes des Versicherten wird in einem Fall mit Regelwidrigkeit, im anderen mit Behandlungsfähigkeit umschrieben. Beide Definitionen nehmen damit Bezug auf medizinische Vorstellungen. Die Regelwidrigkeit, erläutert durch das "Leitbild des gesunden Menschen", seinerseits erläutert durch den Zustand der Funktionsfähigkeit, kann - wiewohl ein juristischer Terminus - letztlich nur aus medizinischer Sicht festgestellt werden ¹⁾; für die Behandlungsfähigkeit eines Zustandes gilt dasselbe. Gleichwohl ergibt sich hier ein entscheidender Unterschied. Die Krankheitsdefinition der herrschenden Meinung verlangt von dem handelnden Kassenarzt eine Aussage darüber, inwieweit der Zustand des Versicherten einer abstrakten, nach dem oben Ausgeführten inhaltlich nicht greifbaren Norm entspricht; der Arzt wird damit schlechterdings überfordert. Bei Verwendung des hier vertretenen Krankheitsbegriffs stellt sich demgegenüber dem Kassenarzt ein inhaltlich konkretes Problem, das ihm aus seiner Praxis vertraut und für dessen Lösung er kompetent ist. Ihm ist nichts Schwereres aufgegeben, als die in seinem Beruf sich ständig stellende Frage nach der Möglichkeit eines Helfens durch medizinische Dienst- oder Sachleistungen zu beantworten ²⁾. Diese Leistung ist im Unterschied zu der erstgenannten nicht nur erbringbar, die aus der Tätigkeit des Praktikers entspringenden Impulse werden zugleich unmittelbar für die gesetzliche Regelung fruchtbar, da dieserart der Stand der medizinischen Erkenntnis, von dem auch ein juristisch - teleologischer Krankheitsbegriff abhängig sein muß, direkten Eingang in den Begriffsinhalt findet. Die Grundlage für die Entscheidung darüber, was als Krankheit - eben auch als Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung - zu betrachten ist, wird damit wieder in die fachlich am ehesten

1) Für die herrschende Meinung wird dies ausdrücklich nochmals bestätigt in BSGE 48, 258 ff (265).

2) Vergleiche hierzu auch Werdermann, Der Betrieb 1975 Beilage 15 S. 3; für die besondere Stellung des Kassenarztes in dem System der gesetzlichen Krankenversicherung BSG BSGE 48, 258 ff (260 ff); zu unterscheiden hiervon ist die Frage nach der Angemessenheit und Zweckmäßigkeit der Versorgung, insbesondere bei neuen Heilmethoden, vergleiche hierzu § 368 p RVO sowie unten S.91.

hierfür zuständigen Hände, in die der Mediziner gelegt. Zugleich erübrigt sich die bislang mißlungene Aufstellung und Formulierung einer "Regel" oder "Norm".

Die Aufzählung von Körper, Geist und Seele als der Bereiche, in welchen krankheitswertige Zustände bei Versicherten auftauchen können, entfällt in der alternativen Begriffsformel. Die die Entwicklung der Rechtsprechung wiedergebende Formulierung erscheint nach allgemeiner Anerkennung dieser Rechtsprechung der Vollständigkeit der Auflistung wegen schon für die herkömmliche Begriffsformel entbehrlich ¹⁾.

Die hier vertretene Begriffsbestimmung benötigt eine derartige Klarstellung in keinem Fall; Körper, Geist und auch die Seele können behandlungsfähig und damit krank werden. Ein inhaltlicher Gegensatz besteht zwischen den Krankheitsdefinitionen insoweit nicht.

Von den Forderungen des herrschenden Krankheitsbegriffes nach Behandlungsbedürftigkeit oder regelwidrigkeitsbedingter Arbeitsunfähigkeit taucht in der alternativen Krankheitsdefinition nur die erstere, und diese in abgewandelter Form auf. Der Behandlungsbedürftigkeit steht die Zugänglichkeit gegenüber Maßnahmen der Krankenpflege, kurz bezeichnet als Behandlungsfähigkeit gegenüber. Die Behandlungsfähigkeit entspricht dabei dem Inhalt nach sachlich einer den Leistungsbegrenzungen nach § 182 Absatz II RVO entkleideten Behandlungsbedürftigkeit. Sind nach herrschender Auffassung also Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit einer Behandlung bereits begriffliche Voraussetzungen des Vorliegens von Krankheit ²⁾, handelt es sich nach der hier vertretenen Krankheitsdefinition bei § 182 Absatz II RVO um eine von dem Krankheitsbegriff unabhängige und

¹⁾ Siehe oben Erster Teil 4.2.3.

²⁾ BSG BSGE 30, 151 ff (153); Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/266-2-; Albrecht, Die Sozialversicherung 1970 S. 260.

deutlich zu trennende Schranke von Leistungsansprüchen im Krankheitsfall ¹⁾. Diese Differenzierung ist von erheblicher Bedeutung. Der Krankheitsbegriff wird so dem Einfluß des Wechselspiels der gesellschaftlichen Vorstellungen von der Notwendigkeit von Versicherungsleistungen entzogen, eine maßgebliche Quelle unkontrollierbarer Manipulationsmöglichkeiten verschlossen. Zugleich eröffnet sich den betroffenen Versicherten ein besseres Verständnis der rechtlichen Regelung und ihrer Anwendung auf sie durch Krankenversicherer und Gerichtsbarkeit. Einer Leistungsverweigerung, beispielsweise Klageabweisung mit der Begründung, er sei nicht krank im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, wird der Versicherte in der Praxis regelmäßig mit Unverständnis gegenüberstehen, sei sie auch schriftlich erläutert; der Hinweis, er sei zwar krank, bedürfte aber nach Ansicht seines Gegenübers keiner Versicherungsleistungen, ist allgemeinverständlich.

Von diesen Punkten abgesehen bietet der hier vertretene Krankheitsbegriff im Unterschied zu demjenigen der herrschenden Meinung den Vorteil, in Übereinstimmung mit der Gesetzessystematik zu stehen.

4.6 Auswirkungen der entwickelten Begriffsformel auf die Normen der gesetzlichen Krankenversicherung

Von den drei Gruppen krankenversicherungsrechtlicher, auf den Krankheitsbegriff bezogener Regelungen ²⁾ unterliegt die erste, bestehend aus den Vorschriften über die Versicherungspflicht, bei Verwendung des hier vertretenen Krankheitsbegriffes einer mittelbaren Veränderung. Der Versicherungsfall Krankheit läßt sich nicht mehr als Leistungsfall verstehen; beides ist begrifflich voneinander zu trennen.

1) Ausführlich hierzu Töns in Grundlagen S. 81 ff; vergleiche auch Krauskopf § 182 Anm. 3.1.

2) Siehe oben Seite 61.

Die Nennung von Krankheit als Versicherungsfall ist als Typisierung des versicherten Risikos zu sehen, dessen Realisierung nicht notwendigerweise Versicherungsleistungen nach sich zieht ¹⁾. Auf den Anwendungsbereich der betroffenen Vorschriften hat dies keinen Einfluß, der Kreis der Versicherungspflichtigen ändert sich durch die Anwendung der alternativen Krankheitsdefinition nicht.

Für die dritte Gruppe von Normen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt hinsichtlich der Auswirkungen der Begriffsbestimmung von Krankheit sinngemäß dasselbe wie für die Entwicklung der Krankheitsdefinition. Infolge des sachlichen Rückbezuges auf die zweite Vorschriftengruppe können Änderungen im Ergebnis der Normanwendung nur über solche in der zweiten Gruppe von Regelungen entstehen.

Innerhalb dieser bleibt die Verwendung des hier vertretenen Krankheitsbegriffes bei § 181 RVO insofern nicht folgenlos, als der Untersuchungsanspruch im Bereich der Krankheitsfrüherkennung nach § 181 Absatz I Nr. 1 RVO zunächst einmal erweitert wird, da über die behandlungsbedürftigen Zustände hinaus bereits die behandlungsfähigen für Früherkennungsmaßnahmen in Betracht kommen. Mit der Forderung nach einer besonderen Entwicklungsgefährdung des Kindes durch die Krankheit besteht aber eine zu einander deckenden Resultaten führende immanente Schranke des Früherkennungsanspruches. Zudem gilt nach § 181 Absatz II RVO § 182 Absatz II RVO analog, so daß Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit entsprechend einer Anwendung der herkömmlichen Begriffsformel ohnehin zu berücksichtigen sind. Der § 181 a RVO enthält eine solche Beschränkung nicht ausdrücklich. Aus der Forderung nach sachlicher, § 181 a Absatz I Nr. 1 RVO, und personell-materieller Möglichkeit einer Behandlungsdurchführung, § 181 a Absatz I Nr. 4 RVO, sowie dem Ziel der Früherkennung, einer späteren vermehrten Einstandspflicht der Versicherer vorzubeugen,

1) Siehe oben Seite 62 Anm. 1.

läßt sich jedoch der Wille des Gesetzgebers entnehmen, Früherkennungsmaßnahmen nur zuzulassen, wenn bei der Untersuchung der Versicherten ein Schluß auf deren spätere Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit möglich ist. Aus diesem Grunde ermächtigt § 181 a RVO auch bei Verwendung der hier vertretenen Begriffsformel nur in dem Umfang zu der Anordnung weiterer Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung, in welchem dies bei Anwendung der herkömmlichen Krankheitsdefinition der Fall wäre.

Bei § 182 RVO muß zwischen Krankenpflege- und Krankengeldregelung unterschieden werden. Der Krankenpflegeanspruch nach § 182 Absatz I Nr. 1 RVO ändert sich seinem Umfange nach im Ergebnis nicht. Die Wirkung der hier vertretenen Krankheitsdefinition zeigt sich statt dessen im Aufbau der Anspruchsprüfung; insbesondere beschränkt sich diese nicht auf eine Sachverhaltssubsumtion unter den Begriff der Krankheit, sondern berücksichtigt § 182 Absatz II RVO als eigenständige Leistungsbegrenzung. Im Falle der Legasthenie beispielsweise könnten Maßnahmen der Krankenpflege nicht - wie bislang - mangels Krankheit, sondern lediglich wegen der Nichterforderlichkeit von Maßnahmen trotz akuter Krankheit verweigert werden ¹⁾.

Schwieriger gestaltet sich der Vergleich der in Abhängigkeit von dem jeweiligen Krankheitsbegriff unter § 182 Absatz I Nr. 2 RVO zu rechnenden Leistungsfälle. Geht man von der Krankheitsdefinition der herrschenden Meinung aus, lassen sie sich in drei Fallgruppen unterteilen: erstens gleichzeitiges Vorliegen von Behandlungsbedürftigkeit und regelwidrigkeitsverursachter Arbeitsunfähigkeit; zweitens ausschließliches Vorliegen regelwidrigkeitsverursachter Arbeitsunfähigkeit nach Fortfall anfänglicher Behandlungsbedürftigkeit; drittens ausschließliches Vorliegen regelwidrigkeitsverursachter Arbeitsunfähigkeit bei anfänglichem und fortdauerndem Fehlen von

¹⁾ Beispiel gebildet nach BSGE 48, 258 ff (Legasthenieentscheidung vom 10.7.1979).

Behandlungsbedürftigkeit¹⁾. Bei der ersten Sachverhaltsvariante führt die Anwendung des hier vertretenen Krankheitsbegriffes ebenfalls zur Bejahung des Anspruches des Versicherten auf Krankengeld, da die allein geforderte Behandlungsfähigkeit des Arbeitsunfähigkeit verursachenden Zustandes in dessen Behandlungsbedürftigkeit als Minus enthalten ist. Die zweite Sachverhaltsvariante führt ebenfalls nicht zu unterschiedlichen Resultaten. Da § 182 Absatz 1 Nr. 2 RVO lediglich voraussetzt, daß die bestehende Arbeitsunfähigkeit von Krankheit verursacht worden ist, nicht aber das Andauern der Krankheit verlangt und Krankheit bei anfänglich bestehender Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten nach beiden Begriffsbestimmungen zu bejahen war, steht dem Versicherten nach übereinstimmender Auffassung ein Anspruch auf die Gewährung von Krankengeld zu²⁾. In den Fällen der dritten Sachverhaltsvariante hängen Übereinstimmung oder Divergenz der Beurteilung des Leistungsanspruches entscheidend davon ab, inwieweit die im Sinne der herkömmlichen Begriffsformel regelwidrigen Zustände mit den behandlungsfähigen Zuständen inhaltlich kongruent sind.

Zunächst ist zu fragen, ob es Arbeitsunfähigkeit verursachende, regelwidrige Zustände gibt, die nicht behandlungsfähig sind.

Aufgrund der mangelhaften Aussagetätigkeit der von der herrschenden Meinung gebrauchten Formulierung einschließlich der ebenso mißglückten Erläuterungsversuche kann diese Frage nur anhand der

- 1) Als Leistungsfall wird diese Sachverhaltsvariante nicht allgemein anerkannt, siehe Töns, Die Ortskrankenkasse 1968 S. 350; Klaas, Die Betriebskrankenkasse 1962 S. 549; P. Caesar Sozialversicherung S. 84.
- 2) Vergleiche Töns, Die Ortskrankenkasse 1963 S. 305, 306; derselbe ebenda S. 330 ff (331) mit Fortsetzung S. 353 ff; Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/298-2-; Gesamtkommentar § 182 Anm. 16; Albrecht, Die Krankenversicherung 1973 S. 90; Klaas, Die Ortskrankenkasse 1963 S. 516 ff (517). Für das BSG stellte sich diese Frage so bisher nicht; auch die von Boys Sozialpolitik S. 331 angeführte Entscheidung zur Arbeitsunfähigkeit wegen Reparatur eines Schienenhülsenapparates in BSGE 33, 202 ff stellt insofern keine Klärung dar, als das Gericht den ursprünglich behandlungsbedürftigen Zustand als Mitursache heranzog.

in der Rechtsprechung wiedergespiegelten Praxis beantwortet werden; dort sucht man solche Zustände vergebens. In Betracht kämen allenfalls zwei Ausnahmen: ein Urteil des Reichversicherungsamtes ¹⁾ und ein darauf Bezug nehmender Bescheid ²⁾ bezüglich der Leistungen an Bazillenausscheider ³⁾. Regelmäßig werden Bazillenausscheider zumindest anfänglich einer ärztlichen Behandlung unterzogen, dem Tatbestand des angesprochenen Urteiles läßt sich dies aber nicht entnehmen. Er läßt ausdrücklich dahingestellt, ob der Versicherte gegebenenfalls einen von ihm nicht geltend gemachten Anspruch auf Krankenpflege gehabt habe ⁴⁾; Töns, der Krankheit hier als Behandlungsbedürftigkeit versteht, vertritt deshalb die Ansicht, ein Krankengeldanspruch des Versicherten sei abzulehnen ⁵⁾. Ähnlich liegt die Formulierung des Bescheides des Reichversicherungsamtes, wonach ein dem Ruhrbazillenausscheider gleichzustellender Diphtheriebazillenausscheider "nicht heilbehandlungsbedürftig krank gewesen zu sein" braucht ⁶⁾; gemeint sein dürfte ein Dahinstehenlassen seiner Behandlungsbedürftigkeit der rechtlichen Unerheblichkeit wegen. In beiden Fällen spricht jedoch der Umstand, daß mit einer - früheren - Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten zumindest gerechnet wurde, für sich. Wenn schon die Notwendigkeit einer Behandlung im Bereich des Möglichen lag, so darf von einer Behandlungsfähigkeit der Versicherten ausgegangen werden.

- 1) Reichversicherungsamt in Amtliche Nachrichten 1941 S. 261 ff.
- 2) Reichversicherungsamt in Amtliche Nachrichten 1942 S. 148.
- 3) Beachte den Unterschied zwischen Bazillenausscheider und Bazillenträger, siehe Jäger Krankheit S. 22.
- 4) Reichversicherungsamt in Amtliche Nachrichten 1941 S. 262.
- 5) Töns, Die Ortskrankenkasse 1968 S. 361.
- 6) Reichversicherungsamt in Amtliche Nachrichten 1942 S. 148.

Bazillenausseider sind Leistungen der Krankenpflege ja durchaus zugänglich¹⁾; soweit man solche Leistungen der Ungefährlichkeit des Zustandes für den Versicherten selbst wegen für entbehrlich halten mag, ist dies nach der hier vertretenen Auffassung kein Problem des Krankheitsbegriffes, sondern der Anwendung von § 182 Absatz II RVG. Im Sinne der herrschenden Meinung regelwidrige, Arbeitsunfähigkeit verursachende und doch nicht behandlungsfähige Zustände sind damit nicht ersichtlich.

Dafür, daß es umgekehrt behandlungsfähige, Arbeitsunfähigkeit verursachende Zustände gäbe, welche nicht zugleich regelwidrig im Sinne der herkömmlichen Krankheitsdefinition sind, fehlt jeder Anhalt.

Die unter die dritte Sachverhaltsvariante fallenden Leistungsfälle stimmen damit unabhängig von dem verwendeten Krankheitsbegriff überein.

Zusammengefaßt ergibt sich somit, daß die Verwendung des hier vertretenen Krankheitsbegriffes zu einem differenzierten Verständnis des Begriffes Versicherungsfall sowie einem der Gesetzessystematik angepaßten Aufbau der Leistungsansprüche, insbesondere bei § 182 RVG, führt. Die Leistungsfälle selbst bleiben infolge der nicht begrifflich, aber sachlich bestehenden Leistungsbegrenzungen unverändert. Daraus folgt, daß die alternative Begriffsbestimmung von Krankheit dem Bedürfnis nach praktisch verwertbaren Ergebnissen im gleichen Maße Rechnung trägt wie die herkömmliche Begriffsformel.

1) So auch Albrecht, Die Krankenversicherung 1973 S. 88; vergleiche Krauskopf § 182 Ann. 2.1; Brackmann II S. 384 ff. Dafür spricht auch der anderen Urteilen zu diesem Bereich zugrundeliegende Sachverhalt, siehe BSGE 33,9 ff (10); ebenso wie das Reichsversicherungsamt übersieht diesen Gesichtspunkt Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/267 - 17/268.

4.7 Verwendbarkeit des alternativen Krankheitsbegriffes in der Renten- und in der Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung

Im Bereich der Rentenversicherung, insbesondere der den Leistungsanspruch betreffenden §§ 1236 Absatz I, 1246 Absatz II und 1247 Absatz II RVO ¹⁾, wird Krankheit allgemein als regelwidriger Körper- oder Geisteszustand (unter Einbeziehung von Neurosen) definiert ²⁾; insofern dem Ausgangspunkt der herkömmlichen Krankheitsdefinition der gesetzlichen Krankenversicherung verwandt. Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit gehören aber nicht zu dem Begriffsinhalt von Krankheit im Sinne der Rentenversicherung ³⁾.

1) Der Gewährung von Renten gebührt deswegen besondere Aufmerksamkeit, weil es sich hier um ein sehr kostenerhebliches Element der Sozialversicherung handelt, vergleiche Marburger, Zeitschrift für Sozialhilfe 1975 S. 206 sowie die graphische Darstellung bei Jäger Einführung S. 15, 16.

2) Gesamtkommentar § 1246 Anm. 6 verlangt zusätzlich, daß die Krankheit "die Erwerbsfähigkeit des Versicherten einschränkt", hier zeigt sich eine Parallele zu der verfehlten Begriffsbildungssystematik im Krankenversicherungsrecht; Brackmann III S. 667; Wannagat Sozialversicherungsrecht S. 256; Schwankhart, Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung 1973 S. 301; BSG BSGE 27, 276 ff (278): "...wer infolge eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes seine Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise verloren hat".

3) Gesamtkommentar § 1246 Anm. 6; Brackmann a.a.O. mit weiteren Nachweisen; Wannagat a.a.O.; Schwankhart a.a.O.; insofern unrichtig BSGE 31, 279 ff (281), wonach keine Gründe ersichtlich sein sollen, den Begriff der Krankheit in Kranken- und Rentenversicherung unterschiedlich auszulegen. Zur Annäherung von versicherungsrechtlichem und medizinischem Begriff Albrecht, Die Sozialversicherung 1970 S. 263, die gleichen Überlegungen können hier herangezogen werden. Zur unterschiedlichen Beweislast im Falle von Neurosen Schulin Sozialversicherungsrecht Rdnr. 307, zu weiteren Unterschieden Gesamtkommentar a.a.O.

Da, wie gesehen, die sogenannten regelwidrigen Zustände inhaltlich mit den behandlungsfähigen Zuständen übereinstimmen, deckt sich der hier für die gesetzliche Krankenversicherung vertretene Krankheitsbegriff inhaltlich mit dem von der herrschenden Meinung in der Rentenversicherung vertretenen. Zudem böte die Formulierung der genannten Normen der Rentenversicherung insofern eine Korrekturmöglichkeit, als dort von "Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte" gesprochen wird. Der alternative Krankheitsbegriff läßt sich somit im Unterschied zu dem herkömmlichen in Kranken- und Rentenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung einheitlich verwenden.

In der gesetzlichen Unfallversicherung spielt die Begriffsformel für Krankheit praktisch keine Rolle. Im Bereich der Berufskrankheiten gilt nach § 551 Absatz I RVO das Enumerationsprinzip; andere Krankheiten, erfaßt von § 551 Absatz II RVO, erhalten durch die Bezugnahme auf die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft den Sachzusammenhang mit ihrer Zugänglichkeit gegenüber medizinischen Dienst- oder Sachleistungen, ihrer Behandlungsfähigkeit. Einer ungewollten Ausweitung der Ansprüche der Versicherten steht das Dispositionsrecht nach § 551 Absatz II RVO entgegen. Damit läßt sich der hier vertretene Krankheitsbegriff auch in der gesetzlichen Unfallversicherung verwenden.

4.8 Zusammenfassung

Die in Rechtsprechung und Literatur gebräuchliche Definition von Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung muß als einer systematischen Risikoabdeckung hinderlich, zudem der Gesetzes-systematik widersprechend und sprachlich unglücklich abgelehnt werden.

Statt dessen ist Krankheit durch die Zugänglichkeit des Zustandes des Versicherten gegenüber Maßnahmen der Krankenpflege zu

definieren; in eine Begriffsformel gebracht:

"Krankheit ist ein Zustand des Versicherten,
der mit Maßnahmen der Krankenpflege behoben,
verbessert oder vor Verschlimmerung bewahrt
werden kann."

Die Verwendung dieses Krankheitsbegriffes führt zu größerer Klarheit des Begriffsinhaltes und damit erhöhter Durchschaubarkeit und Berechenbarkeit der versicherungsrechtlichen Leistungstatbestände für die Versicherten. Der Begriff steht im Einklang mit der Gesetzessystematik und führt bei seiner Verwendung zu praktisch brauchbaren Ergebnissen. Er kann in den Versicherungszweigen der Sozialversicherung einheitlich verwendet werden.

Zweiter Teil:

Das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung

1. Der Krankheitsbegriff als Anknüpfungspunkt des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung - bedarfsorientierte oder begriffsausgerichtete Leistungssystematik

Die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet, wie die Erörterung der Begriffsformel gezeigt hat, eine Auseinandersetzung mit den Leistungstatbeständen der Krankenversicherung. Das mit der Entwicklung eines der Gesetzessystematik entsprechenden Krankheitsbegriffes verfolgte Ziel, durch begriffliche Klarheit den Anwendungsbereich dieser krankheitsbezogenen Normen mit größerer Genauigkeit einzugrenzen, ist mit dem hier vertretenen Krankheitsbegriff erreicht; es kann aber nur den ersten Schritt zu einer derartigen Auseinandersetzung darstellen. Die hinter allen diesen Erwägungen stehende Absicht, das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung in bestmöglicher Weise an den Bedürfnissen der Versicherten auszurichten, erfordert eine weiterführende Untersuchung des derzeitigen Leistungsangebotes. Deren Schwerpunkt liegt nicht mehr auf dem Vergleich der Leistungsfälle in Abhängigkeit von dem jeweiligen Krankheitsbegriff; nunmehr geht es darum, ob und inwieweit die Vorschriften der Krankenversicherung die Lebenssituationen erfassen, in denen der Versicherte einer Hilfe durch die Versichertengemeinschaft bedarf und ihm eine solche Hilfe zuteil werden soll.

Die Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung werden in § 179 Absatz I, II RVO genannt; es handelt sich um Früherkennungsmaßnahmen, Krankenhilfe, Mutterschaftshilfe, sonstige Hilfen (ärztliche Betreuung zur Empfängnisregelung § 200 e RVO, und Leistungen bei nicht rechtswidriger Sterilisation sowie nicht rechtswidrigem

Schwangerschaftsabbruch, § 200 ff RVO), Sterbegeld, Familienhilfe und satzungsabhängige Mehrleistungen ¹⁾.

Mutterschaftshilfe, sonstige Hilfen und Sterbegeld befassen sich mit einzelnen spezifischen Lebenssituationen. Ihre Bedeutung für die Beurteilung der allgemeinen Versorgung der Versicherten beschränkt sich auf die Feststellung einer Versorgung in diesem begrenzten Bereich. Die Familienhilfe regelt die Ausdehnung von Versicherungsansprüchen über den Kreis der direkt Versicherten hinaus auf deren Angehörige. Sie ist von erheblicher sozialpolitischer Bedeutung, betrifft jedoch nicht unmittelbar die Versorgung des Versicherten selbst. Eben diese Versorgung bildet aber die allgemeine Grundlage des Leistungsangebotes der Krankenversicherung. Sie setzt sich zusammen aus Krankenhilfe, Früherkennungsmaßnahmen und Mehrleistungen; an dieser Stelle müssen die Überlegungen hinsichtlich der Risikoabdeckung durch die Anspruchstatbestände ansetzen.

Voraussetzung einer effektiven Risikoabdeckung ist die Systematisierung des Leistungsangebotes entsprechend der spezifischen zu erfassenden Lebenssituation des Versicherten. Ohne die Zuordnung von Leistungstatbeständen zu bestimmten Risikobereichen ist es einmal unmöglich, die Vollständigkeit der Risikoabsicherung zuverlässig zu überprüfen; zum anderen werden statt der den jeweiligen Besonderheiten der Situation des Versicherten angepaßte standardisierte und damit nicht optimale Leistungen angeboten, was über die Verschlechterung der Versorgungsleistung hinaus einen minderen Wirkungsgrad der eingesetzten Mittel verursacht.

Im Bereich der generellen Versorgung der Versicherten bedeutet eine Systematisierung für die Krankenversicherung die Unterscheidung zwischen den grundsätzlichen Bereichen Vorsorge, Krankheit und Nachsorge.

¹⁾ Vergleiche zur Leistungsstruktur Albrecht-Eisel-Fangmeyer zu § 179 - Leistungen der KV nach Beschaffenheit (S. 100 ff); Graphische Darstellung bei H. Jäger Sozialversicherungsrecht S. 61.

Diese Bereiche ergeben sich aus verschiedenen Abstufungen, wie beispielsweise derjenigen zwischen Krankheit und Krankheitsverdacht. Damit stellt sich jedoch die Frage, ob der Krankheitsbegriff überhaupt als Anknüpfungspunkt für eine systematische Krankenversicherungsrechtliche Regelung brauchbar ist.

Wie oben bereits festgestellt ¹⁾ differenziert der Krankheitsbegriff der herrschenden Meinung nämlich nicht präzise zwischen Krankheit und Krankheitsverdacht, er ist als Grundlage einer systematischen Risikoabdeckung ungeeignet. Auch der anhand der Gesetzessystematik entwickelte, hier vertretene Krankheitsbegriff vermag in dieser Hinsicht nicht zu befriedigen. In den als Beispiel für die Kritik der herrschenden Auffassung herangezogenen Infektionsverdachtsfällen versagt er ebenfalls bei der bedarfsgerechten Unterscheidung zwischen vorbeugender, objektiv unnötiger Schutzimpfung und tatsächlich behandlungserforderlichen Maßnahmen.

Der Krankheitsbegriff darf somit bei einer effektiven Gestaltung der Leistungstatbestände der gesetzlichen Krankenversicherung keine maßgebliche Rolle spielen.

Dieses Ergebnis erscheint im ersten Moment überraschend. Betrachtet man die Bedeutung der Krankheitsdefinition für die gegenwärtige Normierung der gesetzlichen Krankenversicherung, so zeigt sich indessen bei genauerem Hinschauen, daß der Krankheitsbegriff schon heute seine zentrale Bedeutung für die Versicherungsleistung verloren hat.

Der Sache nach ist das Vorliegen von Krankheit als Leistungsvoraussetzung für Maßnahmen der Krankenpflege nicht entbehrlich, da Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sich ja gerade als solchen Maßnahmen zugänglicher Zustand des Versicherten definiert.

¹⁾ Vergleiche oben S. 48 ff.

Einer ausdrücklichen Festlegung dieser Voraussetzung im Gesetz bedarf es aber eben darum nicht, denn ohne die Möglichkeit der Leistungserbringung - ohne "Krankheit" - sind Leistungen der Krankenpflege qua definitione unmöglich. Notwendige Voraussetzungen für Maßnahmen der Krankenpflege bilden lediglich die Leistungsbegrenzung des § 182 Absatz II RVO, wie sich ja auch schon praktisch die jüngere Rechtsprechung zentral nur noch mit Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit der Leistungen befaßt ¹⁾. Auf den Begriff der Krankheit ließe sich ohne Änderung der Leistungsfälle im Ergebnis in § 182 Absatz I Nr. 1 RVO verzichten.

Gleiches gilt für den Krankheitsbegriff als Leistungsvoraussetzung für die Zahlung von Krankengeld nach § 182 Absatz I Nr. 2 RVO, sofern man den Begriff der Arbeitsunfähigkeit richtig, das heißt personal versteht. Arbeitsunfähigkeit bedeutet danach nicht die Arbeitsverweigerung (Arbeitsunlust) und nicht die fehlende Arbeitsmöglichkeit trotz der generellen Fähigkeit des Versicherten zur Arbeitsleistung (Betriebsstörungen etc.), sondern die Verhinderung des Versicherten an der Erbringung seiner Arbeitsleistung aus in seiner Person begründeten, zwingenden Gründen. Abgesehen von dem Tode des Versicherten gibt es zwei mögliche Ursachen dafür, daß er eine ihm unmittelbar zuvor mögliche Tätigkeit nicht mehr ausüben kann: entweder der Versicherte verletzte sich arbeitsunfähigmachend bei einem Unfall, oder der Versicherte ist krank. In beiden Fällen soll das realisierte finanzielle Risiko des Verlustes der Arbeitskraft nach dem Willen des Gesetzgebers von der Sozialversicherung getragen werden; sei es, daß der Versicherte Krankengeld, Übergangsgeld oder bei andauernder qualitativer Veränderung seines Zustandes Renten-

1) Siehe v. Wulffen, Die Betriebskrankenkasse 1979 S. 133; ein Beispiel hierfür aus jüngerer Zeit ist BSGE 48, 258 ff.

zahlungen erhält. Infolgedessen genügte es, die Zahlung von Krankengeld als subsidiäre Leistung des Schadensausgleiches dergestalt zu regeln, daß demjenigen Versicherten, der im Falle der Arbeitsunfähigkeit weder Übergangsgeld aus der Unfallversicherung noch Rentenzahlungen aus der Rentenversicherung erhält, ein Anspruch auf Krankengeld eingeräumt wird.

Der durchaus mögliche Verzicht auf die Verwendung des Krankheitsbegriffs in § 182 RVO beseitigt das Hauptproblem der Krankheitsdefinition für die gesetzliche Krankenversicherung. Nachdem sich der Krankheitsbegriff für diese Norm als entbehrlich erweist, besteht auch keinerlei Veranlassung, ihn durch einen anderen nicht eindeutig bestimmten und daher problembeladenen Begriff wie denjenigen der Gesundheit zu ersetzen. Mag sich die Krankenversicherung auch der Sache nach zu einem Instrument der Gesundheitsfürsorge - der Ausdruck "Gesundheitssicherung" ist unglücklich: wie soll man etwas bislang nicht einmal definierbares "sichern" können? - entwickelt haben oder noch entwickeln ¹⁾, so wäre die Ersetzung des Begriffes Krankheit durch den Begriff Gesundheit in den Leistungstatbeständen nur der unnötige Austausch einer begrifflichen Unbekannten gegen eine andere; auf das oben zur Gesundheitsdefinition gesagte wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

Allein der Verzicht auf eine begriffsorientierte Regelung der Anspruchstatbestände der gesetzlichen Krankenversicherung und die Hinwendung zu einer Normierung, die sich an dem Leistungsbedarf des Versicherten in der jeweiligen typischen Risikosituation orientiert, bietet einen erfolversprechenden Ansatz für die Entwicklung der optimalen Risikoabdeckung. Eine entsprechende Änderung der versicherungsrechtlichen Vorschriften ist mit Nachdruck zu fordern.

1) Von der "Sicherung der Gesundheit" sprechen §§ 181, 369 RVO, ebenso die Entschließung der IG-Metall nach Quartier a.a.O., auch Arendt, Die Krankenversicherung 1971 S. 165 ff = Die Ersatzkasse 1971 S. 340 ff. Die Behauptung Arendts, Arendt a.a.O., mit Einführung von Früherkennungsmaßnahmen als Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sei schon "ein Durchbruch zu einer umfassenden Gesundheitsvorsorge erreicht", mutet etwas zu kräftig an.

Als grundlegender Ausdruck für die gewandelte Sicht krankenversicherungsrechtlicher Aufgaben sollte zugleich die Bezeichnung des versicherten Risikos in §§ 165 ff RVO als "Fall der Krankheit" durch eine gesundheitsbezogene, bedarfsorientierte Formulierung wie "zur Versorgung mit Gesundheitsgütern" ersetzt werden.

Man mag dieser Umstellung der Gesetzessprache entgegenhalten, sie bewirke im Rahmen der bestehenden Vorschriften keine unmittelbare Verbesserung des Leistungsangebotes der Krankenversicherung, auf die allein es ankomme. Dieser Einwand geht jedoch an der Sache vorbei. Die Ausrichtung des Gesetzes an dem Leistungsbedarf der Versicherten als Voraussetzung für eine bestmögliche Regelung erfordert ein systematischen Überlegungen zugängliches Vokabular. Im übrigen verkürzte eine solche Betrachtungsweise auch unzulässig die Interdependenz von Sprache und Realität. Die Formulierung der Vorschriften der Krankenversicherung ist Träger sozialpolitischer Entwicklungs- und Zielvorgaben; diese Funktion kann nur bei richtigem Einsatz und Auswahl der gebrauchten Begriffe erfüllt werden ¹⁾.

Die sozialpolitische Entwicklung ist über den Krankheitsbegriff hinweggegangen zu einer Orientierung an dem zur Erreichung des Leistungszieles Gesundheit nötigem Maß; hierhin gehört das von dem Bundessozialgericht zur Definition von Krankheit bemühte "Leitbild des gesunden Menschen". Entscheidend war und ist aus der Sicht des Betroffenen jedoch noch immer die Frage nach der rechtlichen Relevanz seines Leistungsbedarfes. Die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung sollten diese Frage in einer verständlichen, nachvollziehbaren Weise beantworten, und zwar so, wie die Frage gestellt wird, nämlich für die spezifische risikotypische Lebenssituation. Eine begriffsorientierte Regelung der Leistungstatbestände der gesetzlichen Krankenversicherung ist hierfür ungeeignet; sie ist aus diesem Grunde abzulehnen.

1) Sigerist, Sigerist S. 247, formuliert: "Vor allem ist der eiserne Entschluß nötig, eine tüchtige und gesunde Nation zu sein, frei von der Knechtschaft der Krankheit, soweit dies überhaupt möglich ist". Das Medium der Wiedergabe und allgemeinen Verbreitung dieses Entschlusses ist die Sprache, nicht zuletzt auch die Sprache des Gesetzes.

2. Entwicklung einer nach Leistungsbedürfnissen systematisierten Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Normierung der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf nach dem vorstehenden einer Systematisierung, die sich an den Bedürfnissen der Versicherten in ihrer spezifischen Lebenssituation orientiert. Die Grundlagen einer derartigen Regelung im Vergleich zu der Normierung *de lege lata* sollen im folgenden aufgezeigt werden.

Ansatzpunkt der Systematisierung ist die Lebenssituation des Versicherten, genauer: die objektive Sachnähe seines Zustandes zu demjenigen, der als Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung zu bezeichnen ist, d.h. der durch den Einsatz von Mitteln der Krankenpflege qualitativ verbessert werden kann. Grundsätzlich lassen sich hier die Stadien Vorsorge, Krankheit und Nachsorge als Krankheitsvor-/frühstadium, akuter Krankheit und Genesungsstadium korrespondierend unterscheiden. Hinzu treten unter dem Gesichtspunkt einer umfassenden Risikoabdeckung etwaige besondere Leistungen der Krankenversicherung erfordernde Situationen außerhalb der allgemeinen Risikoerfassung, über welche erst nach Festlegung des generellen Leistungsbereiches eine Aussage möglich ist.

Die Systematisierung der Anspruchstatbestände der gesetzlichen Krankenversicherung in der vorstehenden Weise ist einmal derart denkbar, daß man von einer gedachten chronologischen Entwicklung ausgehend eine Regelung in der Reihenfolge Frühstadium/Krankheitsverdacht, Krankheit und Nachsorge trifft. Möglich ist auch ein Ansetzen im eigentlichen Kernbereich des versicherten Risikos, dem akuten Krankheitsstadium, und eine Entwicklung des Versicherungsschutzes von dort ausgehend in die beiden Richtungen Vor- und Nachsorge. Letztere Methode ist der ersteren vorzuziehen, da sie der Gewichtung der Bedeutung von Versicherungsleistungen für den Versicherten entspricht. Im Krankheitsfalle folgt der Leistungsbedarf des Versicherten aus einer unmittelbaren Notsituation

ohne zeitlichen Reaktionspielraum. Vor- und Nachsorge sind gewiß nicht unwichtig, die Notsituation und damit die Dringlichkeit der Leistung derjenigen im Krankheitsfalle selbst jedoch untergeordnet. Dem entspricht im Übrigen auch die geschichtliche Entwicklung des Leistungsangebotes der gesetzlichen Krankenversicherung ¹⁾.

2.0 Fälle objektiv feststellbarer Leistungsindikation

- "Krankheit" -; gegenwärtige Regelung, Kritik und Änderungsvorschlag

Ausgangspunkt für eine systematische Risikoabdeckung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist und bleibt somit die Regelung der Versicherungsleistungen im Falle der akuten Krankheit. Die Situation des Versicherten charakterisiert sich hier dadurch, daß bei objektiver Betrachtung sein Zustand unter Annahme des erwarteten Verlaufes der Dinge mit Mitteln der Krankenpflege qualitativ verbessert, d.h. konkret formuliert geheilt, vor Verschlimmerung bewahrt oder man von ihm ausgehende Schmerzen lindern kann. In solchen Fällen läßt sich die Notwendigkeit der Erbringung von Versicherungsleistungen aus dem objektiv festgestellten ²⁾ Leistungsbedarf schließen, man kann diese Sachverhaltsgruppe daher auch als Fälle objektiv feststellbarer Leistungsindikation bezeichnen.

De lege lata fallen solche Zustände des Versicherten in den Regelungsbereich des § 182 RVO. Der Versicherte hat einen Anspruch auf Krankenpflege, d.h. Dienst- und Sachleistungen nach Maßgabe dieser Vorschrift mit dem Ziel der Befriedigung seines Bedarfs nach Fürsorge für seine Person, vom Beginn der Krankheit an. Er kann weiter zur Abdeckung des finanziellen Bedarfs, der durch den Ausfall seiner Arbeitsleistung und des hierfür gezahlten Lohnes entsteht die Zahlung von Krankengeld beanspruchen, wenn ihn sein Zustand

1) Krauskopf vor § 181 Anm. 1;
Peters Handbuch II/1 § 179 S. 17/222, 17/223, 17/224.

2) Insoweit zutreffend der Ansatzpunkt der Krankheitsdefinition durch die herrschende Meinung, vergl. oben S. 49 Anmerkung 1, der jedoch von ihr nicht konsequent verfolgt wird, siehe oben a.a.O.

arbeitsunfähig macht. Die Krankenpflege muß objektiv ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf das Maß des Notwendigen nicht unterschreiten, § 182 Absatz II RVO.

Die bestehende Regelung erkennt nicht die beiden für die Situation des Versicherten typischen Bedürfnisse, die Ausgestaltung des Leistungstatbestandes ist jedoch, wie aus dem oben bereits Ausgeführten ersichtlich ¹⁾, keineswegs optimal.

Was den Begriff der Krankheit betrifft, so ist er für die Regelung der Bedarfsdeckung in dieser Situation unter systematischen Gesichtspunkten ungeeignet und zudem auch überflüssig. Auszugehen ist weiter von einem grundsätzlichen umfassenden Leistungsanspruch des Versicherten auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung zuordnbarer Dienst- und Sachleistungen, der über die Gesichtspunkte der Zweckmäßigkeit, Erforderlichkeit und Notwendigkeit hinaus keinerlei Einschränkungen unterliegt. Der Anlage nach entspricht dem der derzeitige Gesetzestext insofern, als er keine abschließende sondern lediglich eine exemplarische Aufzählung der beanspruchbaren Leistungen der Krankenpflege enthält ²⁾. Andererseits schützt die gewählte Formulierung nicht vor einer abzulehnenden, restriktiven Interpretation, wie die noch immer ausstehende Anerkennung der Betreuung von Versicherten durch Psychologen als Regelleistung nach § 182 Absatz I RVO zeigt ³⁾. Um größere Klarheit muß man sich hier bemühen.

Der Krankengeldanspruch ist als subsidiärer Auffangtatbestand der sozialen Sicherung auszugestalten, dies ist bei einem zutreffenden personalen Verständnis des Begriffs der Arbeitsunfähigkeit ohne

1) Vergl. den Ersten Teil 4.2 ff, 4.3.

2) Gesamtkommentar § 182 Anm. 6;
Brackmann II S. 384 g I.

3) In der Literatur ist diese Frage umstritten, ausführlich hierzu Borchert, Die Betriebskrankenkasse 1980, 257 ff, sowie D. Schirmer, Die Betriebskrankenkasse 1978 S. 195 ff (197 ff); unklar, ob Peters Handbuch II/1 § 182 S. 17/277-2- die Behandlung durch nichtärztliche Psychotherapeuten als Krankenhilfeleistung zulassen will, auch soweit sie keinen Mitwirkungscharakter nach § 122 Abs. I RVO trägt; klar ablehnend Gesamtkommentar § 192 Anm. 7; und insbesondere auch mit Entschiedenheit BSGF 48, 250 ff.

weiteres möglich und sachgerecht, wie oben bereits dargelegt ¹⁾.

Finanzielle Erwägungen grundsätzlicher Natur, die zu einer Einschränkung des Leistungsanspruchs des Versicherten führen können, wie eine Eigenbeteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten, eine Übergangszeit bis zur Zahlung von Krankengeld o.ä. gehören nicht in die systematisierte Regelung des der jeweiligen Lebenssituation des Versicherten angepaßten Leistungsangebotes. Sie müssen als eigenständiger Gesichtspunkt, der besonderen Bedingungen unterliegt, unabhängig hiervon geregelt werden, worauf an späterer Stelle zurückgekommen wird ²⁾. Anders verhält es sich aber mit der Richtlinienkompetenz der Bundesausschüsse für Angemessenheit und Zweckmäßigkeit der kassenärztlichen Versorgung nach § 368 p RVO. Abgesehen davon, daß die Beurteilung dieser Kriterien bei Einbeziehung auch anderer auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung tätiger Heilberufe in das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung einem entsprechend anders zusammengesetzten Gremium überlassen werden sollte, ist grundsätzlich die Konkretisierung dieser Begriffe aus der Sicht der Behandelnden eine begrüßenswerte Unterstützung bei der inhaltlichen Ausgestaltung der einzelnen Versicherungsleistung.

Diese Überlegungen lassen sich zu dem folgenden Gesetzesvorschlag zusammenfassen:

§ 182/1 Krankenpflege

1. Krankenpflege wird gewährt, wenn sich der Zustand des Versicherten hierdurch bei objektiver, vorausschauender Betrachtung gegenüber dem anderenfalls zu erwartenden Zustand voraussichtlich verbessert. Die Krankenpflegeleistung muß ausreichend, zweckmäßig und notwendig sein.

1) Siehe oben Erster Teil 4.6.

2) Siehe unten Zweiter Teil 3.

2. Die Krankenpflege umfaßt die Dienst- und Sachleistungen auf dem Gebiet der Versorgung mit Gesundheitsgütern.
- Zu ihr zu rechnen sind insbesondere
- a) die Behandlung und Betreuung durch Ärzte, Zahnärzte und andere auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung tätige Berufsgruppen
 - b) die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen
 - c) die Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln
 - d) die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen
 - e) die Gewährung von Belastungserprobung und Arbeitstherapie
 - f) häusliche Krankenpflege.
3. Für die Beurteilung des Maßes der ausreichenden, zweckmäßigen und notwendigen Versorgung sind nach § 368 p RVO beschlossene Richtlinien verbindlich.

§ 182/2 Krankengeld

Im Falle der Arbeitsunfähigkeit erhält der Versicherte Krankengeld.

Krankengeld wird nicht gezahlt, soweit der Versicherte wegen seiner Arbeitsunfähigkeit Leistungen des Arbeitgebers, der Unfall- oder Rentenversicherung beanspruchen kann.

2.1 Fälle objektiv indizierter Leistungsindikation

- "Krankheitsverdacht, Vorsorge" -

Die dem oben behandelten Stadium der objektiv feststellbaren Leistungsindikation vorausgehenden denkbaren Lebenssituationen des Versicherten sind vielfältig. Zu denken ist hier an die Fälle von Krankheitsverdacht, der wiederum verschiedene Ursachen haben kann; bei chronologischer Sicht der Entwicklung des Zustandes des Versicherten gehört hierher ferner auch das Stadium der Freiheit von mit Mitteln der Krankenpflege behebbaren Beeinträchtigungen, das für die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich demjenigen der Gesundheit gleichgesetzt werden kann.

Soweit ein Versicherter in diesem Sinne als gesund bezeichnet werden kann, besteht für ihn kein unmittelbarer Bedarf nach Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. In Betracht kommt bei dieser Sachlage als von dem individuellen Bedarf eines Versicherten (Abdeckung gezielt des eigenen Krankheitsrisikos) unabhängige Versicherungsleistung die Wahrnehmung allgemeiner gesundheitsspezifischer Interessen der Versichertengemeinschaft durch die Krankenkassenorganisation. Dabei handelt es sich um ein aus dem Bereich der unmittelbaren personalen Risikoabdeckung herausfallendes Gebiet, das infolgedessen einer seinem systematischen Zusammenhang angemessenen Regelung an einem anderen Orte bedarf.

Im Rahmen der individuellen Risikoabdeckung verbleiben hinsichtlich des Vorstadiums von Krankheit mithin als zu regelnde Bereiche die Variationen des Krankheitsverdachtes.

Ein Krankheitsverdacht kann verschiedener Natur sein. Er mag einmal durch konkrete individuell in der Person des Versicherten realisierte Umstände begründet sein, wie dies beispielsweise der Fall ist, wenn ein Versicherter von einem der Tollwut verdächtigem Tier verwundet wird. Ein Krankheitsverdacht kann andererseits aber auch auf rein statistisch-generellen Überlegungen beruhen; weist beispielsweise von den Bewohnern der Innenstadt einer bestimmten Großstadt jeder vierte nach einer bestimmten Anzahl von Jahren einen Lungenschaden auf, so besteht auch ohne jedes Anzeichen für das Vorliegen einer derartigen Schädigung bei dem konkreten einzelnen Versicherten innerhalb des betroffenen Personenkreises die 25%ige Wahrscheinlichkeit eines entsprechenden Gesundheitsschadens, was nichts anderes als eben eine statistisch-generell indizierte Leistungsindikation für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet.

In beiden Fällen ist der Leistungsbedarf offensichtlich unterschiedlich, das Leistungsnahziel verschieden. Im Fall konkret-individuell indizierten Krankheitsverdachtes geht es darum, die nötigen Maßnahmen gegen ein in dem Zustand des bereits bekannten möglicherweise gefährdeten Versicherten liegendes Gesundheitsrisiko zu ergreifen. Im Fall

statistisch-generell indizierten Krankheitsverdachts besteht die erste und vordringliche Aufgabe darin, diejenigen Versicherten, die objektiv einer Leistung im Hinblick auf ein mögliches Gesundheitsrisiko bedürfen, ausfindig zu machen. Da beide Situationen sich mithin grundlegend unterscheiden, erfordern sie eine unterschiedliche Regelung.

2.1.0 Fälle konkret-individuell indizierter Leistungsindikation

- Krankheitsverdacht hinsichtlich einer bestimmten Person

- gegenwärtige Regelung, Kritik und Änderungsvorschlag -

Zu den Fällen konkret-individuellen Krankheitsverdachts sind all diejenigen zu rechnen, in denen keine objektiv feststellbare Leistungsindikation vorliegt, aber gleichwohl bestimmte in der Person des Versicherten realisierte Umstände die Möglichkeit einer solchen nahelegen. Eine solche Situation findet sich anschaulich in dem oben genannten Beispiel des Verdachts einer Wundeninfizierung. Rechtsprechung und herrschende Lehre lösen diese Fälle durch eine extensive Auslegung des § 282 RVO, wie an dem Beispiel der "Tollwutfälle" aufgezeigt ¹⁾; de lege lata bleibt auch gar kein anderer Weg. Unter systematischen Gesichtspunkten ist diese Lösung aber als unsauber abzulehnen. Der Einriß der "künstlichen Schranken zwischen vorbeugender und behandelnder Medizin" ²⁾ mag für den Arzt, der sich mit dem Problem aus der Sicht seines hippokratischen Eides auseinandersetzt, naheliegen. Eine versicherungsrechtliche klare und eindeutige Regelung der Leistungen in Fällen des Krankheitsverdachts, die im Interesse der Überprüfbarkeit der Vollständigkeit der Risikoabdeckung durch die gesetzliche Krankenversicherung und damit im Interesse der Versicherten erforderlich ist, wird durch die mangelnde Differenzierung zwischen den Bedarfssituationen Krankheit und Krankheitsverdacht verhindert. Es bedarf hier der Einfügung eines eigenen Leistungstatbestandes in das Gesetz, der die insoweit bestehende Regelungslücke systematisch befriedigend und juristisch dogmatisch einwandfrei schließt.

1) Vergl. hierzu oben S. 48 ff.

2) Ihn fordert Sigerist, Sigerist S. 247.

Ein solcher Tatbestand, der nach dem Gegenstand seiner Regelung unmittelbar vor § 182 RVO in die gesetzliche Krankenversicherung eingefügt sein müßte, könnte lauten:

§ 181 c - Krankheitsverdacht -

1. In Fällen konkret-individuell indizierten Krankheitsverdachts genügt für die Bewilligung von Maßnahmen der Krankenpflege, daß der Zustand des Versicherten bei objektiver, vorausschauender Betrachtung geeignet ist, die Vermutung zu begründen, daß er durch Maßnahmen der Krankenpflege gegenüber dem andernfalls zu erwartenden Zustand voraussichtlich verbessert werden kann.
2. Soweit sich nicht aus Absatz 1 etwas anderes ergibt, ist § 182/1 analog anzuwenden.
3. Für die Bewilligung von Krankengeld gilt § 182/2.

2.1.1 Fälle statistisch-generell indizierter Leistungsindikation
- Krankheitsfrüherkennung
- gegenwärtige Regelung, Kritik und Änderungsvorschlag -

Mit der Bezeichnung als Fälle statistisch-generell indizierter Leistungsindikation kommt für die zweite Gruppe von Situationen des Krankheitsverdachts die unterschiedliche Herkunft der Verdachtsmomente zum Ausdruck; regelmäßig korrespondiert mit dieser Herkunft die Schwere der Verdachtsgründe hinsichtlich der Situation eines konkreten Versicherten. Als Beispiel für diese Fallgruppe nehme man das oben gewählte, daß ein Viertel aller Innenstadtbewohner einer Großstadt einen pathologischen Lungenbefund aufweist; damit wäre eine statistisch-generelle Wahrscheinlichkeit von 25 % für jeden zu diesem Personenkreis gehörenden Versicherten gegeben, lungenkrank zu sein. In dieser Situation geht es darum, den tatsächlich kranken Versicherten zu identifizieren ¹⁾.

1) Diese Ausgangslage wird zutreffend gesehen bei Krauskopf Vor § 181 Anm. 2, der dann allerdings die erkannten Bedarfssituationen ohne weiteres entsprechend der herrschenden Meinung den bestehenden Vorschriften zuordnet, ebenso der Gesamtkommentar Vor § 181 - 181 b Anm. 3.

Angesprochen ist hiermit das Problem der Krankheitsdiagnose und zwar - da es an konkreten, offensichtlichen Verdachtsmomenten gerade fehlt - der Krankheitsfrüherkennung.

Als Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten ¹⁾ kennt die gesetzliche Krankenversicherung die Untersuchung von Kindern nach § 181 Absatz I Nr. 1 RVO sowie die Krebsuntersuchungen nach Absatz I Nr. 2 und 3 dieser Vorschrift. Die Möglichkeit der Anordnung weiterer Maßnahmen durch Rechtsverordnung ist in § 181 a RVO vorgesehen, wobei die Voraussetzungen hierfür im einzelnen aufgeführt sind.

Diese Regelung vermag ihrer Konzeption nach zu befriedigen; ihr praktischer Wert hängt allerdings von dem Umfang ab, in dem man von § 181 a RVO Gebrauch machen kann und Gebrauch macht. Einesteils kommt hier der Entwicklung der medizinischen Diagnoseverfahren eine Schlüsselstellung zu, denn ohne hinreichend sichere Möglichkeiten der Krankheitsdiagnose in dem frühen Stadium der Krankheit, in dem nicht ohnehin schon eindeutige Krankheitszeichen den Versicherten zum Arztbesuch veranlassen, ist die Einführung weiterer Früherkennungsmaßnahmen nach § 181 a RVO rechtlich unzulässig, § 181 a Absatz I Nr. 2 RVO. Anderenteils läßt sich bereits derzeit eine völlig unbefriedigende restriktive Handhabung der Einführung zusätzlicher Früherkennungsmaßnahmen beobachten ²⁾, die aller Wahrscheinlichkeit nach auf finanziellen Kostenüberlegungen beruht. So gehört beispielsweise der Besuch des Zahnarztes zweimal im Jahr auch ohne konkrete Beschwerden zu dem heute zweifelsfrei fachwissenschaftlich anerkannten Bestand an notwendiger Vorsorge; einen entsprechenden Leistungsanspruch

1) Nach Peters Handbuch II/1 § 181 S. 17/248-12 b - handelt es sich hier nicht um Maßnahmen zur "frühen" sondern um solche zur "rechtzeitigen" Erkennung von Krankheiten, wobei jedoch unklar bleibt, welche Folgerungen hieraus nach seiner Ansicht zu ziehen sind.

2) So heißt es im Gesamtkommentar § 181 a Anm. 2 zutreffend: "Sie (gemeint: die Rahmenvorschrift des § 181 a RVO) hat allerdings bis jetzt noch keine praktische Bedeutung erlangt".

des Versicherten kennt die gesetzliche Krankenversicherung aber nicht ¹⁾. Die Praxis hilft sich hier mit einem Kunstgriff: da bei derartigen Vorsorgeuntersuchungen als Nebenprodukt der ärztlichen Überprüfung regelmäßig der abgelagerte Zahnstein entfernt wird, können diese der frühzeitigen Erkennung von Zahnkrankheiten dienende Besuche als Behandlungskosten einer "akuten Krankheit" abgerechnet werden ²⁾. Dieses Verfahren, das ganz offensichtlich der Umgehung des Gesetzes dient, ist sehr bedauerlich; nicht, weil die Regelung der Früherkennungsmaßnahmen in der Reichsversicherungsordnung unterlaufen wird, sondern weil es notwendig ist, um eine vernünftige Regelung zu erreichen. Das für die Einführung weiterer Früherkennungsmaßnahmen gemäß § 181 a RVO zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung sollte sich einmal die Frage stellen, ob es sinnvoller ist, einen kostspieligen Zahnersatz zu bezahlen anstatt ihn durch regelmäßige Vorbeugung gar nicht erst nötig werden zu lassen.

Geändert werden sollten weiter einige aus jetziger Sicht nicht mehr voll treffende Formulierungen in den §§ 181 ff RVO. In § 181 Absatz I RVO spricht das Gesetz von der "Sicherung der Gesundheit"; diese Wortwahl ist wie oben dargelegt ³⁾ unglücklich. Statt ihrer

- 1) Es ist zumindest mißverständlich, wenn in der Literatur die Behauptung aufgestellt wird, die sog. Verdachtsuntersuchungen haben "in der gesetzlichen Krankenversicherung schon immer zur Verfügung gestanden", so Gesamtkommentar vor §§ 181 - 181 b RVO Anm. 3; gedacht ist bei derartigen Formulierungen stets nur an die Fälle konkret-individuell indizierten Krankheitsverdachtes, die von der herrschenden Meinung, wie bereits oben S.48 ff. dargelegt über die extensive Auslegung von § 182 RVO gelöst werden.
- 2) Nach Auskunft der Vertretung der Allgemeinen Ortskrankenkasse Frankfurt am Main ist dieses Verfahren branchenüblich; es werde nicht nur geduldet, sondern unter Hinweis auf den hierdurch verbesserten und vervollständigten Versicherungsschutz bei Anfragen wegen entsprechender Vorsorgeuntersuchungen häufig sogar von Seiten der Versicherer empfohlen (!).
- 3) Siehe oben S. 86.

Könnte man die Formulierung wählen "zur Feststellung eines etwaigen Leistungsbedarfes nach Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung". Dem entsprechend sollte man statt von Maßnahmen zur Früherkennung von "Krankheiten" von Maßnahmen "zur frühzeitigen Feststellung dieses Bedarfs" sprechen. Im übrigen wäre in § 181 Absatz I Nr. 1 und § 191 a RVO statt des Begriffs der Krankheit die Formulierung der Krankheitsdefinition zu verwenden, indem man auf einen Maßnahmen der Krankenpflege zugänglichen Zustand Bezug nimmt. Von dem Begriffsinhalt her wäre eine solche Wortwahl präziser, allerdings ist durch den Verzicht auf den Krankheitsbegriff in § 182 RVO und seine der Gesetzessystematik entsprechende Definition das Hauptproblem der Verwendung dieses Begriffs gelöst, so daß seine Weiterverwendung in §§ 181 ff RVO was die Präzision des Leistungsangebotes betrifft unschädlich erschiene.

2.2 Maßnahmen zur Sicherung des Leistungserfolges

- Nachsorge

- Gegenwärtige Regelung, Kritik und Änderungsvorschlag -

Chronologisch in der den Fällen der objektiv indizierten Leistungsindikation entgegengesetzten Richtung schließt sich an den Bereich der akuten Krankheit derjenige der Nachsorge an. In dieser Lebenssituation besteht ein Bedarf des Versicherten nach einer Sicherung des an sich bereits zunächst erzielten Leistungserfolges, das Leistungsziel ist die Erzielung eines Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst dauerhaft wieder unnötig machenden Zustandes des Versicherten.

Grundsätzlich ist die Leistungserbringung an Genesende nach der bestehenden gesetzlichen Regelung als eine Mehrleistung der Krankenversicherung vorgesehen, § 187 Nr. 3 RVO. Auch wenn sich in der Zeit reichlich verfügbarer Finanzmittel hier ein im einzelnen unterschiedlich breites, umfangreiches Leistungsangebot der Versicherungsträger entwickelt hat ¹⁾, das auch in Zeiten der

¹⁾ Vergl. hierzu die statistischen Angaben in den Fundstellen oben S. 5 Anm. 1.

Mittelknappheit nicht völlig abgeschmolzen werden dürfte, vermag diese Regelung nicht zu befriedigen. Die Sicherstellung des Leistungserfolges ist keine eher beiläufig anfallende Nebenaufgabe der Krankenversicherung. Sie ist die Voraussetzung dafür, daß aus einem einmaligen Versicherungsfall nicht ein auf Dauer angelegter Problemfall wird. Die Ausgestaltung der Leistungen im einzelnen mag ruhig den Krankenkassen überlassen bleiben; die Selbstverwaltung der Versicherten sollte nicht durch eine Reglementierung bisheriger Mehrleistungen leiden, die einen weiteren Schritt in Richtung auf eine abzulehnende Einheitsversicherung bedeutete. Auch stellt die Selbstverwaltung der Versicherten bei richtigem Einsatz ein förderungswertes Instrument für den bedarfsgerechten Mitteleinsatz dar ¹⁾. Vom Grundsatz her muß es sich bei den Nachsorgeleistungen jedoch um Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung handeln.

Eine entsprechende gesetzliche Regelung, die sachlich nach den Maßnahmen der Krankenhilfe in das Gesetz einzugliedern wäre, könnte lauten:

§ 186/2 - Nachsorge -

1. Genesende haben einen Anspruch auf Leistungen auf dem Gebiet der Versorgung mit Gesundheitsgütern, die ihrer völligen Wiederherstellung förderlich sind.
2. Art und Umfang der Leistungen sind in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Sie dürfen das Maß des zur Sicherung des Heilerfolges Notwendigen nicht überschreiten.

¹⁾ Abgesehen von dem Bedürfnis nach einer allgemein-demokratischen Legitimation, vergl. hierzu Schnapp, Die Krankenversicherung 1280 S. 249 ff (251), rechtfertigt schon dieser Umstand das Recht der Vertreterversammlung zur Feststellung des Haushaltsplanes nach § 70 Abs. I Satz 2 SGB IV, wobei von dem vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan abgewichen werden kann, vergl. Hauck/Haines SGB IV/1 § 70 Rdnr. 10; Meydam in GK - SGB IV § 70 Rz. 2; allerdings unterliegt die Haushaltsgestaltung der Krankenversicherungsträger nach § 70 Abs. V SGB IV einer verstärkten Kontrolle der Aufsichtsbehörde.

2.3 Maßnahmen zur Verhinderung des Leistungsfalles
- gegenwärtige Regelung, Kritik und Änderungsvorschlag -

Mit Krankenhilfe, Vor- und Nachsorge sind die unmittelbaren Leistungsbedürfnisse der Versicherten gedeckt. Unberücksichtigt ist jedoch bislang noch derjenige Bereich, der über die mit dem Sammelbegriff Vorsorge üblicherweise bezeichneten Fälle hinaus das eigentliche Ziel jeder Auseinandersetzung mit Krankheit betrifft: der Bereich der Krankheitsverhinderung.

Leistungen, die den Eintritt des Krankheitsfalles verhindern sollen, nehmen in der derzeitigen Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung eine extreme Randstellung ein. Als bindende Verpflichtung der Versicherungsträger findet sich, versteckt in den Vorschriften über das Verhältnis der Krankenkassen zu den Trägern der medizinischen Dienst- und Sachleistungen, in § 369 Absatz I RVO die Pflicht zur Aufklärung der Berechtigten über die zweckmäßige Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen; eine Aufklärung, die die Versicherten regelmäßig auch über die einschlägigen Risikofaktoren informiert, beispielsweise Zigarettenrauchen hinsichtlich von Krebserkrankungen. Ansonsten handelt es sich hier um vorbeugende Mehrleistungen nach § 187 Nr. 1 und 2 RVO, bei vorausschauender Sicht auch Maßnahmen der Genesungsförderung und damit Vorbeugung neuerlicher Erkrankung während der Rekonvaleszenz nach § 187 Nr. 3 RVO.

Die je nach Satzung unterschiedlich umfangreiche Tätigkeit der Krankenkassen auf diesem Gebiet hat bereits ein beachtliches Niveau erreicht ¹⁾; die nahezu beiläufige Abhandlung dieses Themenkreises in den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung steht indessen auch bei Berücksichtigung der Tätigkeit der Gesundheitsämter auf diesem Gebiet ²⁾ im krassen Widerspruch zu seiner Rolle in der aktuellen sozialpolitischen Entwicklung.

1) Dies zeigt auch der wachsende Prozentsatz dieser Leistungen am Gesamtbudget der Versicherten, siehe Schönhofer, Die Ortskrankenkasse 1979 S. 426 ff.

2) Grundlage hierfür ist das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934, vergl. dort den Aufgabenkatalog in § 3; die Tätigkeit einer anderen Institution auf diesem Gebiet kann jedoch nicht dazu führen, anderenorts vorhandenes Potential ungenutzt zu lassen.

Der Gedanke der Krankheitsverhütung ist so alt wie die Erkenntnis von Krankheit; bereits im frühen China bezahlten die Patienten ihren Arzt statt für die Durchführung einer Behandlung für die Zeit, in welcher sie seiner nicht bedurften. Auch die Einordnung der Prävention in den Bereich der sozialen Krankenversicherung geht nicht auf Vorstellungen aus erst jüngster Zeit zurück; so forderte schon der sozialdemokratische Parteitag vom 13. bis 18. September 1909 in Leipzig, den Krankenkassen "das Recht einzuräumen, Vorschriften zur Verhütung von Krankheit zu erlassen" ¹⁾. Inzwischen läßt sich eine zunehmende Tendenz zur Abkehr von dem reinen versicherungsrechtlichen Ausgleichsdenken hin zu einer aktiven Strategie der Risikobekämpfung feststellen. Im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches vom 11. Dezember 1975 gewährte der Gesetzgeber in § 4 Absatz II Nr. 1 SGB I den Versicherten "im Rahmen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Altershilfe für Landwirte ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit". Die sozialpolitische Entscheidung des 12. ordentlichen Gewerkschaftstages der IG Metall vom 18./24. September 1977 verlangte ein Abwenden von den "weitgehend nur auf den Schadensausgleich gerichteten Maßnahmen der Sozial- und Gesundheitspolitik" und den Ausbau der Krankenversicherung zu einer umfassenden, Vorsorge und Prävention übernehmenden "modernen Organisation der 'Gesundheitssicherung' " ²⁾; die anschließende allgemeine Diskussion der Entscheidung befaßte sich hauptsächlich mit der weitergehenden Forderung des Gewerkschaftstages nach einer Einheitsversicherung ³⁾. Ende 1977 erteilte dann das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V. in Bonn den Auftrag, eine Studie über "die Rolle der Krankenversicherung in der präventiven Gesundheitspolitik" anzufertigen ⁴⁾. Das Gutachten wurde 1979 vorgelegt;

1) Zitiert nach Neuhaus, Die Krankenversicherung 1979 S. 116.

2) Nach Quartier, Die Ersatzkasse 1978 S. 53; hierzu wie zu den Perspektiven von ÖTV und DGB vergleiche Iervoorren, Die Krankenversicherung 1977 S. 289 ff.

3) Vergleiche hierzu die einleitende Stellungnahme der Redaktion bei Quartier a.a.O.

4) Neuhaus, Die Krankenversicherung 1979 S. 116.

das Hauptgewicht der möglichen Aktivitäten der Krankenkassen auf dem Gebiet der Krankheitsvorbeugung sollte danach auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung, der Aufklärung der Versicherten über die verschiedenen Krankheitsrisiken liegen ¹⁾. Die Studie stimmt insoweit mit den Ergebnissen einer Ende 1978 durchgeführten Befragung der in einer Ersatzkasse Versicherten überein ²⁾.

Nach all dem werden aktive Maßnahmen zur Krankheitsverhütung heute allgemein als Aufgabe der Krankenversicherung betrachtet und ihnen erhebliches Gewicht beigemessen ³⁾.

Die Frage der Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung auf dem Gebiet der allgemeinen Vertretung der Gesundheitsinteressen der Versicherten läßt sich hier nicht abschließend beantworten. Das bei den Krankenkassen vorhandene aus dem unmittelbaren Kontakt mit den Versicherten gewonnene Informationspotential läßt jedoch positive Erwartungen gerechtfertigt erscheinen, sofern es mit Sachverstand verwertet wird. Denkbar ist über eine verbesserte Aufklärung der Versicherten über Gesundheitsrisiken hinaus beispielsweise ein Hinweisen auf gesundheitsrelevante Arbeitsbedingungen - auch gegenüber den Tarifpartnern - oder die Anregung zur Entwicklung gesundheitsfreundlicher Produkte ⁴⁾.

- 1) Neuhaus a.a.O. S. 116 ff (123 ff); darüberhinaus wird eine Einflußnahme auf die objektiven Bedingungen gefordert, unter denen sich der Zustand der Versicherten entwickelt.
- 2) Vergleiche Kruse, Die Krankenversicherung 1979 S. 131 ff (132, 133) für die Braunschweiger Kasse (Ersatzkasse für das Bekleidungs-gewerbe).
- 3) Sigerist stellte diesen Gesichtspunkt bereits 1952 in eindringlicher Weise als Aufgabe der nächsten Zukunft dar, Sigerist S. 235 ff. Die Entwicklung der Sozialpolitik holt insofern die Vorstellungen der Medizinwissenschaft nur ein.
- 4) Zu den allgemeinen Möglichkeiten verstärkter Tätigkeit der Krankenkassen auf dem angesprochenen Gebiet, insbesondere zur Interdependenz von gesundheitsbelastendem Eigenverhalten und sozialem Umfeld vergl. auch Kruse/Kruse, Die Sozialversicherung 1980 S. 295 ff.

Die in diesem Bereich aufgeworfenen Probleme bedürfen aber ihrer Komplexität wegen einer eigenständigen Untersuchung; so muß beispielsweise ein erhöhtes Maß aktiver Präventivmaßnahmen nicht notwendig mit der Einsparung späterer Leistungen verbunden ¹⁾, kann die Wirksamkeitskontrolle durch Kausalitätsprüfung aber außerordentlich schwierig sein ²⁾. In jedem Falle läßt sich jedoch ein erheblicher Wandel der in der Reichsversicherungsordnung ausgedrückten Auffassung krankenversicherungsrechtlicher Tätigkeit feststellen, der für die Regelung der Krankenversicherung nicht folgenlos bleiben darf. Der Gesetzgeber ist aufgerufen, den Krankenkassen für die Leistung präventiver Maßnahmen einen deutlicheren Auftrag und verbesserte gesetzliche Grundlagen zur Verfügung zu stellen ³⁾.

Hierzu gehört insbesondere auch abseits generalpräventiver Gesichtspunkte, daß einer erkennbaren konkreten negativen Tendenz des Zustandes eines individuellen Versicherten entgegenwirkende Leistungen der Krankenversicherung nicht länger als Mehrleistungen im Rahmen des Versicherungsschutzes betrachtet werden dürfen.

- 1) R. Leu nach Neuhaus, Die Krankenversicherung 1979 S. 116 ff (117), vergl. dort Anm. 6, weist darauf hin, daß insbesondere bei einem nochmaligen deutlichen Steigen der Lebenserwartung der Versicherten auch die Zahl der hauptsächlich leistungsbedürftigen, der alten Menschen zunähme. Davon abgesehen ergäbe sich ein neues Verhältnis von Arbeitsleistung und durch Alterssicherungsleistungen - Rentenzahlungen - abzudeckendem Zeitraum, was eine gleichbleibende Belastung der Versicherten vorausgesetzt zur Mittelkürzung für die Krankenversicherung führte. Hier liegt ein förmlich unüberschaubares Potential für zukünftige soziale Konflikte.
- 2) Vergl. hierzu Boschke Effektivität S. 81.
- 3) Ebenso Neuhaus, Die Krankenversicherung 1979 S. 116 ff (125), der mit Recht darauf hinweist, daß ohne die Bereitstellung einer fundierten gesetzlichen Grundlage die Bereitschaft der Krankenkassen, auf dem Gebiet der Prävention tätig zu werden, in Anbetracht des finanziellen Risikos und der mangelnden Erfahrungen auf diesem Gebiet gering sein wird.

Vom gedanklichen Ansatz her ergeben sich somit zwei unterschiedliche Bedürfnisse der Versicherten, nämlich der Bedarf nach einer spezialpräventiven Versicherungsleistung an den konkret betroffenen Versicherten und der Bedarf nach generalpräventiven Maßnahmen im allgemeinen Interesse der Versichertengemeinschaft.

Der Gesichtspunkt der individuellen Krankheitsverhütung läßt sich in das Gesetz als eigenständiger Bereich nach der Regelung der unmittelbaren Risikoabdeckung einfügen; eine sachgerechte Gesetzesnorm könnte insoweit lauten:

§ 187/1 - Vorsorge -

1. Der Versicherte kann Dienst- und Sachleistungen in dem Bereich der Versorgung mit Gesundheitsgütern beanspruchen, die geeignet sind
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einem Leistungsversagen der Krankenhilfe rechtfertigenden Zustand führen würde, zu beseitigen oder
 - b) einer Gefährdung der normalen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken.
2. Art und Umfang der Leistungen sind in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Sie dürfen das Maß des zur Sicherung des Erfolges der Gefahrenabwehr Notwendigen nicht überschreiten.

Im Anschluß hieran könnte der generalpräventive Bereich wie folgt geregelt werden:

§ 187/2 - Aufklärung, Wahrnehmung allgemeiner Gesundheitsinteressen -

1. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Versicherten über erkannte Gesundheitsrisiken von allgemeinem Interesse zu unterrichten.

Die Krankenkassen sind berechtigt, die allgemeinen Gesundheitsinteressen ihrer Mitglieder gegenüber Dritten wahrzunehmen. Die Aufgaben im einzelnen können insoweit durch die Satzung näher bestimmt werden.

2.4 Besondere Leistungsbedürfnisse

Für die systematische Auseinandersetzung mit dem Risikobereich der Krankenversicherung abschließend stellt sich die Frage, ob es über die behandelten Fälle hinaus nun denn auch noch solche gibt, die aufgrund der ihnen eigenen, sie von den die allgemeinen Leistungsbedürfnisse kennzeichnenden unterscheidenden Merkmale einer speziellen besonderen Regelung bedürfen.

Zu denken ist hier allenfalls an den klassischen derartigen Fall *de lege lata*, die Mutterschaftshilfe.

Die Ausgliederung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Schwangerschaft und Geburt aus dem allgemeinen Bereich der Risikoabdeckung ist nicht frei von Ideologie. Der Leistungsbedarf - Inanspruchnahme medizinischer Dienst- und Sachleistungen - ist derselbe und doch scheint im Bereich der Versorgung mit Gesundheitsgütern eine allgemeine emotionelle Hemmung zu bestehen, die den Bedarf verursachenden Zustände miteinander gleichzusetzen und sei es auch nur aus eben dem regelungstechnischen Gesichtspunkt der gewünschten gleichen Rechtsfolge ¹⁾.

¹⁾ Diese Feststellung gilt für die normale Schwangerschaft ohne Einschränkung, dagegen wird in Fällen medizinischer Indikation - Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen oder geistig-seelischen Schädigung der Mutter - nach allgemeiner Auffassung Krankenhilfe gewährt, vergl. Krauskopf § 182 Anm. 2.3; Brackmann II S. 384 e; Albrecht/Eisel/Fangmeyer Teil A zu § 182 - Krankheit/Empfängnisverhütung; BSGE 39, 167 ff; wobei es sich dann aber auch wieder um eine geänderte, für die Mutterschaft atypische Situation handelt. Eine zu erwartende Schädigung des Kindes selbst soll keinen Leistungsanspruch begründen, vergl. die vorgenannten Fundstellen.

Die Regelung der Mutterschaftshilfe in einem eigenen Abschnitt der Reichsversicherungsordnung ist andererseits aber auch nicht ohne jede Rechtfertigung. Besteht ein Grund für die Systematisierung der Leistungstatbestände der gesetzlichen Krankenversicherung darin, daß den Versicherten auf die Frage nach dem Versicherungsschutz für jede spezifische typische Lebenssituation eine klare auf eben diese Situation abgestellte Antwort gegeben werden soll, so ist die Berücksichtigung der Sicht der Versicherten von ihrem Zustand nicht nur erlaubt, sondern geboten. Solange Mutterschaft und "Krankheit" auch nicht insoweit allgemein gleichgesetzt werden, als erstere medizinische Dienst- und Sachleistungen erforderlich werden läßt, muß man dies respektieren.

Im Ergebnis ist die bestehende Regelung dieser Sondersituation und des daraus entstehenden Leistungsbedarfs somit grundsätzlich nicht zu beanstanden, obwohl die Leistungen der Mutterschaftshilfe auch ohne weiteres in die Regelungen der allgemeinen Risikoabdeckung einbezogen werden könnten ¹⁾. Allerdings sollte de lege ferenda eine größere Flexibilität der Anspruchstatbestände angestrebt werden, indem bei der Mutterschaftshilfe nicht allein auf konkrete Leistungen abgestellt wird; die derzeitige Normierung engt beispielsweise den Bereich der medizinischen Dienst- und Sachleistungen unnötigerweise auf die ärztliche und die Hebammentätigkeit ein. Statt dessen sollte allgemein der mögliche Leistungsbedarf in Bezug genommen und abgesichert werden.

Dies ließe sich durch die folgende Neuformulierung der Regelung de lege lata erreichen:

¹⁾ Dies gilt umso mehr angesichts der Neuorientierung der Versicherungsleistungen von der Reaktion auf Krankheit zu der Versorgung mit Gesundheitsgütern; bevor hierdurch in diesem Bereich eine Änderung der bestehenden, gefestigten Auffassung eintritt, dürfte jedoch noch geraume Zeit vergehen.

§ 195 - Leistungen der Mutterschaftshilfe -

1. Leistungen der Mutterschaftshilfe sind die Dienst- und Sachleistungen auf dem Gebiet der insoweitigen Versorgung der Versicherten mit Gesundheitsgütern, insbesondere
 - a) ärztliche Betreuung und Hilfe sowie Hebammenhilfe,
 - b) Versorgung mit Arznei-, Verband und Heilmitteln,
 - c) Pflege in einer Entbindungs- oder Krankenanstalt sowie Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen.
2. Leistungen der Mutterschaftshilfe sind ferner
 - a) Pauscheträge für die Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung,
 - b) Zahlung von Mutterschaftsgeld.

2.5 Zusammenfassung zu 2

Die Regelung der Leistungstatbestände der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf einer Umgestaltung unter dem Gesichtspunkt einer systematischen Abdeckung der einzelnen typischen Lebenssituationen des Versicherten und des daraus folgenden spezifischen Bedarfs nach Versicherungsleistungen.

Die Formulierung des § 182 RVO ist de lege ferenda umfassend neu zu gestalten, ein eigener Anspruchstatbestand für Fälle konkreter individueller Krankheitsverdachts in das Gesetz einzufügen.

Die Nachsorge ist in die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen, ebenso die spezialpräventive Vorsorge und den Krankenkassen im übrigen ein gesetzliches Mandat zur Wahrnehmung der allgemeinen Gesundheitsinteressen der Kassenmitglieder zu erteilen; die Regelung dieser Bereiche im einzelnen bleibt den Versicherten im Rahmen der Selbstverwaltung in der Satzung vorbehalten.

Die Mutterschaftshilfe bedarf einer Öffnung gegenüber den grundsätzlichen verschiedenen Möglichkeiten zur Befriedigung des Leistungsbedarfs.

3. Die finanzielle Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterführend mit dem Leistungssystem dieses Versicherungszweiges wirft naturgemäß die Frage auf, ob und wie die Leistungen der Versicherung denn überhaupt finanziert werden können. Zwar darf Gesundheit nicht vornehmlich unter "ökonomisch-quantitativen" Gesichtspunkten gesehen werden ¹⁾; dem Leistungsanspruch des Versicherten kommt aber nur dann eine Bedeutung zu, wenn die zu der Befriedigung des Anspruches erforderlichen Mittel vorhanden sind.

Die in den letzten Jahren chronische Finanznot der Versicherungsträger ist bekannt, sie hat bereits zu gesetzlichen Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geführt, ohne daß damit ein durchschlagender Erfolg erzielt worden wäre. Nach wie vor wird eine anhaltende öffentliche Diskussion über das Problem der Finanzierung der Krankenversicherung geführt ²⁾.

Der Versuch, an dieser Stelle eine versicherungsmathematisch durchgerechnete Lösung des Kostenproblems aufzuzeigen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Hinzuweisen ist jedoch darauf, daß die allgemeine Diskussion dieses Problems auf einer irrigen Grundlage geführt wird.

- 1) Neuhaus, Die Krankenversicherung 1979 S. 116 ff (117); Sigerist formuliert programmatisch: "Vor allem ist der eiserne Entschluß nötig, eine tüchtige und gesunde Nation zu sein, frei von der Knechtschaft der Krankheit, soweit dies überhaupt möglich ist", Sigerist S. 247.
- 2) Das sich mit dieser Frage befassende Schrifttum ist nicht mehr überschaubar, alleine schon als weiterführende Quellennachweise nennt Brackmann II S. 360 h rund 200 Fundstellen; vergl. auch oben S. 6 Fußnote 1.

Einmal war das ursprüngliche Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung das Auffangen eines wegen seines Umfanges nicht individuell absicherbaren Risikos durch eine Solidargemeinschaft ¹⁾. Dem Grundsatz des Vorranges der Eigenhilfe ist wieder der ihm gebührende Rang einzuräumen.

Sodann stellt sich die Frage, ob der derzeitige Leistungsumfang der Versicherung unter dem vorgenannten Aspekt und im Hinblick auf das versicherte Risiko auch der Sache nach gerechtfertigt ist.

Grundsätzlich ist von jedem Versicherten im Rahmen einer aus dem Zwang zu solidarischem Handeln geborenen Pflichtversicherung zu erwarten, daß er sein eigenes aufgrund von Arbeitsleistungen oder Lohnfortzahlung erzielltes Einkommen jedenfalls insoweit, als dieses monatlich frei verfügbar ist, dafür einsetzt, krankheitsbedingte außerordentliche Aufwendungen soweit möglich zu bestreiten. Eine Versicherung, die diese Inanspruchnahme des Versicherten verhindert, hat mit dem aner kennenswerten Bedürfnis nach Gesunderhaltung nichts mehr zu tun; tatsächlich geht es hier um eine reine Vermögensversicherung. Diese schützt nicht nur den Bestand des vorhandenen Vermögens, was sozialpolitisch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung noch vertretbar erscheint, sondern darüber hinaus auch das ansonsten frei verfügbare Einkommen; letzteres geht - jedenfalls im Rahmen einer auf Notwendigkeit gegründeten Pflichtversicherung - zu weit.

Das nach Abzug der Steuern, Wohnraumkosten, Verpflegung, Kleidung und sonstigen Unterhaltungsaufwendungen frei verfügbare Einkommen ²⁾ dient nicht erforderlichen Aufwendungen oder der Vermögensbildung, beide Verwendungsarten bedürfen keiner Absicherung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Die Risikoabsicherung mag insoweit der Initiative des Versicherten sowie der privaten Versicherer überlassen bleiben;

1) Zur geschichtlichen Entwicklung vergl. Wannagat, Sozialversicherungsrecht S. 172, dort auch zu den ethischen Grundlagen der Sozialversicherung, S. 170 ff.

2) Das hier genannte frei verfügbare Einkommen ist nicht mit dem "verfügbaren Einkommen" im Sinne der Volkswirtschaftslehre zu verwechseln, bei dem es sich um das Einkommen nach Abzug alleine der Steuern handelt, vergl. Stobbe S. 128, 131, 133.

der hiervon betroffene Bereich geht über das Anliegen der Sozialversicherung klar hinaus. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung jedenfalls ist die Frage, ob ein Eintritt der Versicherung erst dann erfolgen soll, wenn die krankheitsbedingten Mehraufwendungen aus dem frei verfügbaren Einkommen des Versicherten nicht mehr bestritten werden können, zu bejahen.

Hierin liegt der einzige aus sachlichen Gründen gerechtfertigte Ansatz für eine Auseinandersetzung mit der Kostenproblematik, nicht in der Erhebung von Rezeptgebühren, Eigenbeteiligungen in fester Höhe oder der Einführung einer alles anderen als zwingenden Anzahl von Karenztagen vor Inanspruchnahme von Krankengeld etc. etc.¹⁾ Die Höhe des frei verfügbaren Einkommens als Bezugsgröße ist im übrigen auch sozial gerecht, da der besser gestellte Pflichtversicherte einer absolut höheren aber relativ gleichen Belastung ausgesetzt wird.

Eine andere Frage ist, ob bei Aufnahme einer die Leistungspflicht der Versicherung im vorstehend ausgeführten Sinn einschränkenden Norm in die gesetzliche Krankenversicherung nicht aus Gründen der Praktikabilität aufgrund entsprechender Ermittlungen gebildete standardisierte Werte für die Höhe des frei verfügbaren Einkommens eines Versicherten gebildet werden müßten. Dies soll hier ebenso wie die Frage, welche Höhe die Versicherungsprämie bei Einführung eines solchen Eigenleistungsvorbehaltes haben müßte, dahinstehen.

Grundsätzlich ist im Ergebnis jedoch festzuhalten, daß die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen Eigenleistungsvorbehalt auf diejenigen Aufwendungen zu beschränken ist, die der Versicherte nicht aus einem ihm frei zur Verfügung stehenden Einkommen zu bestreiten vermag.

¹⁾ Zur Beteiligung der Versicherten an den Kosten im Rahmen der Verordnungsblattgebühr vgl. Doetsch Handbuch Gruppe 3 Seite 151 ff sowie oben Seite 5 Fußnote 1 und Seite 6 Fußnote 1.

Ergebnis der Arbeit

Weder die Sprachwissenschaften noch die medizinische Wissenschaft und Forschung vermögen den Begriff der Krankheit - oder der Gesundheit - in einer sozialversicherungsrechtlich brauchbaren Weise zu definieren; eine Änderung dieses Zustandes läßt sich nicht absehen.

Die in Rechtsprechung und Literatur herrschende Definition von Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung ist als der Gesetzessystematik widersprechend, einer systematischen Risikoabdeckung hinderlich und sprachlich unglücklich abzulehnen. Statt dessen definiert sich Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung als Zustand des Versicherten, der mit Maßnahmen der Krankenpflege behoben, verbessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden kann.

De lege ferenda ist die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung von dem bereits jetzt nicht mehr entscheidenden Krankheitsbegriff zu lösen und eine umfassende systematisch an den jeweiligen Bedürfnissen der Versicherten in ihrer risikotypischen Lebenssituation ausgerichtete Regelung zu treffen. Hierzu sind die vorhandenen Leistungstatbestände neu zu formulieren, ein Anspruchstatbestand für Fälle konkret-individuell indizierter Leistungsindikation in das Gesetz aufzunehmen. Die Nachsorgeleistungen sind ebenso wie die spezial- und generalpräventiven Leistungen als Regelleistungen auszugestalten, wobei für die generalpräventive Tätigkeit der Versicherer ein deutlicher gesetzlicher Auftrag zu erteilen ist.

Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist weiter durch einen Eigenleistungsvorbehalt auf diejenigen Kosten zu beschränken, die der Versicherte nicht aus einem ihm frei zur Verfügung stehenden Einkommen zu bestreiten vermag.

Lebenslauf:

Ich wurde am 6.2.1952 in Sao Paulo/Brasilien als Sohn des Dr. Friedrich Mathern und dessen Ehefrau Irma Mathern, geb. Mayer, geboren.

Nachdem meine Eltern Ende 1954 nach Deutschland zurückgekehrt waren, besuchte ich von 1958 bis 1962 die Landgraf-Ludwig-Schule (Volksschule) in Bad Homburg und anschließend die dortige Kaiserin-Friedrich-Schule (Gymnasium). Am 19.6.1970 legte ich die Reifeprüfung ab.

Im Winterhalbjahr 1970/71 begann ich an der Philipps-Universität Marburg mit dem Studium der Rechtswissenschaft. Nach meinem vierten Fachsemester wechselte ich zur Eberhard-Karls-Universität in Tübingen und kehrte zum Sommerhalbjahr 1973 an die Universität Marburg zurück.

Am 9.6.1975 bestand ich in Marburg die erste juristische Staatsprüfung mit der Note "voll befriedigend". Anschließend begann ich mit der Arbeit an meiner Doktorschrift.

Zum 1.12.1977 trat ich den juristischen Vorbereitungsdienst bei dem Landgericht Frankfurt am Main an, den ich am 28.3.1980 durch Ablegung der zweiten juristischen Staatsprüfung mit der Note 2,94 abschloß.

Seit dem 12.5.1980 bin ich als Rechtsanwalt bei dem Landgericht Frankfurt am Main zugelassen.

